



STUDENTSKÁ VĚDECKÁ KONFERENCE
KATEDRY OŠETŘOVATELSTVÍ
A PORODNÍ ASISTENCE



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ UNIVERZITY
V PLZNI

Sborník příspěvků
6. studentská vědecká konference
Katedry ošetřovatelství a porodní asistence

26. listopadu 2020
Plzeň, Česká republika

6. studentská vědecká konference Katedry ošetrovatelství a porodní asistence

Výbor konference

PhDr. Jana Horová
Mgr. Jaroslava Nováková
PhDr. Petr Simbartl, Ph.D.

Záštita konference

PhDr. Lukáš Štich, MBA

Partneři konference

Západočeská univerzita v Plzni
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Editor

PhDr. Petr Simbartl, Ph.D.

Vydala Západočeská univerzita v Plzni, Plzeň 2020
ISBN 978-80-261-0968-6

Obsah

KVALITA SPÁNKU VŠEOBECNÝCH SESTER PRACUJÍCÍCH V NEPŘETRŽITÉM PROVOZU	4
Bc. Iva Buřičová – Mgr. Veronika Di Cara, Ph.D.	
VÝVOJ PÉČE O CHRONICKÉ RÁNY V 19. AŽ 21. STOLETÍ Z POHLEDU VŠEOBECNÉ SESTRY	8
Bc. Eva Egermaierová – MUDr. Mária Veselá	
MOTIVACE K VÝKONU PROFESE VŠEOBECNÉ SESTRY V INTENZIVNÍ PÉČI	14
Bc. Daniela Gajdová – PhDr. Jana Horová	
ROLE NELZP PŘI URČENÍ NALÉHAVOSTI OŠETŘENÍ PACIENTŮ URGENTNÍHO PŘÍJMU - TRIÁŽ	22
Bc. Yvona Hodanová – PhDr. Petra Bejvančická	
ROZPOR TEORIE A PRAXE POHLEDEM SESTRY ABSOLVENTKY	29
Bc. Tereza Chrástová – Mgr. Milena Vaňková, Ph. D.	
SATURACE POTŘEBY JISTOTY A BEZPEČÍ U KLIENTŮ V DOMOVECH PRO SENIORY	38
Bc. Vendula Kacerovská – PhDr. Mgr. Jitka Krocová	
POTŘEBA JISTOTY A BEZPEČÍ V SOUVISLOSTI S PLÁNOVANÝM OPERAČNÍM VÝKONEM	42
Bc. Jaroslava Kohoutová – PhDr. Petra Bejvančická	
MONITOROVÁNÍ KREVNÍHO TLAKU V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ.....	47
Bc. Vlasta Kriegelsteinová – PhDr. Jiří Frej, Ph.D.	
PSYCHOSOCIÁLNÍ DOPAD NA NELÉKAŘSKÝ ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL PRACUJÍCÍ S PACIENTY S ONEMOCNĚNÍM COVID-19	50
Bc. Veronika Nikodýmová – MUDr. Josef Škola, EDIC	
KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ PO RADIKÁLNÍ CYSTEKTOMII S NÁHRADNÍ DERIVACÍ MOČE ILEÁLNÍ NEOVEZIKOU	53
Bc. Věra Procházková, Dis. – Mgr. Kateřina Ratislavová , Ph.D.	

KVALITA SPÁNKU VŠEOBECNÝCH SESTER PRACUJÍCÍCH V NEPŘETRŽITÉM PROVOZU

SLEEP QUALITY OF GENERAL NURSES WORKING CONTINUOUS SERVICE

Bc. Iva Buřičová – Mgr. Veronika Di Cara, Ph.D.

Abstrakt

Spánek patří mezi základní biologické potřeby člověka a má klíčový význam pro fungování lidského organismu. Potřeba spánku je řízena cirkadiálními rytmy. Práce ve směnném provozu, zejména v noci, patří k nejčastější příčině poruch cirkadiálních rytmu. Směnný provoz má dopad i na fyzické a psychické zdraví pracovníků, může být příčinou vzniku somatických onemocnění. Dalším rizikem práce na směny je vznik spánkové deprivace. Výzkum bude realizován formou kvalitativního výzkumu. Data budou sbírána u jednotlivých účastníků pomocí polostrukturovaných rozhovorů a spánkových deníků a budou doplněna o data získaná z chytrých hodinek. Sběr dat bude probíhat během čtrnácti dnů. Osloveny budou všeobecné sestry nebo zdravotničtí záchranáři pracující v nepřetržitém provozu na standardním oddělení nebo na jednotce intenzivní péče. Hlavním cílem práce je zmapovat kvalitu spánku sester pracujících v nepřetržitém provozu a upozornit na rizika spojená se spánkovou deprivací při výkonu povolání. Předpokládaným výstupem do praxe bude podnět k vypracování preventivního programu vzniku poruch spánku a spánkové deprivace u zdravotnických pracovníků.

Klíčová slova: *Všeobecná sestra, nepřetržitý provoz, spánek, poruchy spánku, spánková deprivace*

Abstract

Sleep is one of the basic biological needs of man and it has key importance for the functioning of the human organism. The need for sleep is controlled by circadian rhythms. The most common cause of circadian rhythm disorder is work on shifts, especially night shifts. Working on shifts can also have an impact on physical and mental health of workers and may be the cause of somatic diseases. Another risk of shift work is sleep deprivation. This research will be carried out in the form of qualitative research. The data will be collected from individual participants by semi-structured interviews and sleep logs and will be supplemented by information from smart watches. The data will be collected for fourteen days. The participants will be general nurses or paramedics working in continuous operation of the standard ward or intensive care unit. The main goal of the thesis is to map the quality of sleep of nurses working in continuous operation and to draw attention to risks associated with sleep deprivation at work. The expected output into practice will be an initiative to develop a preventive program against sleep disorders and sleep deprivation in healthcare professionals.

Key words: general nurse, continuous operation, sleep, sleep disorders, sleep deprivation

1 Spánek

Spánek (somnia, i, m) lze definovat různými způsoby, například behaviorálně: jako stav klidu s minimální pohybovou aktivitou, s omezením vnímání okolního prostředí a mentální činnosti mozku zcela odlišnou od bdělého stavu, přicházející v závislosti na cirkadiálním rytmu. Dále je možno spánek definovat polysomnograficky pomocí změn elektrické aktivity (definice spánkových stadií) nebo neurofyziologicky (Petrášková, s.553, 2015).

1.1 Řízení spánku

Nejvíce citovanou teorií vysvětlující proces řízení spánku je model dvou procesů spánkové regulace z 80. let minulého století jejíž autorem je A. Borbély. Tento model popisuje vzájemné působení dvou mechanismů (proces C a proces S) na každodenní načasování spánku a bdělosti (Janečková, s. 55–57, 2014).

Cirkadiální rytmus (proces C) je endogenní systém organismu, který je částečně ovlivňován enviromentálními vlivy jako jsou expozice světlu a tmě, sociální a psychické působení.

Cirkadiální rytmy jsou patrné u všech živočichů a řídí téměř všechny fyziologické funkce organismu. Řídícím orgánem je suprachiasmatické jádro v předním hypothalamu. Lidský cirkadiální rytmus trvá okolo 24, 2 hodin (Malkani, s. 119, 2014). Podle Plhákové (s.18, 2013) u člověka najdeme cirkadiální rytmicitu nejen v řízení spánku a bdění, ale také v řízení senzorických procesů, pozornosti, kognitivní výkonnosti a v dalších tělesných a duševních procesech.

Dalším mechanismem pro řízení potřeby spánku je tzv. proces S neboli regulátor míry potřeby spánku. Centrum pro řízení této potřeby se nachází ve ventrolaterální preotické oblasti hypothalamu. Tento proces pomáhá regulovat míru spánkové deprivace z předcházející noci.

1.2 Význam spánku

Důvod, proč spíme, není do dnešní doby zcela objasněn. Nejzásadnější bylo zjištění, že spánek neslouží pouze k jednomu účelu, ale má význam v řadě biologických procesů. Spánek má vliv na imunitní systém, hormonální rovnováhu, emoční a psychické zdraví. Významně ovlivňuje také učení a paměť (Stickgold, 2015).

1.3 Spánková deprivace

Při nedostatečném uspokojení vrozené potřeby spánku hovoříme o spánkové deprivaci. Spánková deprivace může být způsobena multifaktoriálně. Významnými vlivy pro vznik spánkové deprivace je životní styl, práce ve směnném provozu, vysoká míra stresové zátěže a využívání digitálních zařízení, které mohou ovlivňovat sekreci melatoninu. Dlouhodobá spánková deprivace vede k rozvoji nefyziologických procesů a neurobehaviorálních poruch (Liew, s.1., 2020).

Nedostatek spánku má dopad na funkce mozku, může vést k výpadkům pozornosti, nedostatečným kognitivním funkcím a poruchám paměti nebo dokonce k mimovolnímu přechodu ke spánku. Při nedostatečném spánku nebo při špatné kvalitě spánku může dojít k poruchám učení a poruchám upevňování paměťových obsahů (Ayers, s. 170, 2015).

Důsledky spánkové deprivace jsou obrovské. Spánková deprivace je jednou z hlavních příčin zvýšené nehodovosti na silnicích a vyššího nárůstu pracovních úrazů.

U jednotlivců vede nedostatek spánku ke snížení celkové kvality života a životní spokojenosti.

Spánková deprivace nemá vliv pouze na funkce mozku. Může být významným rizikovým faktorem pro vznik mnoho onemocnění jako je hypertenze, ateroskleróza, Alzheimerova choroba, cévní mozková příhoda, nádorové onemocnění, obezita atd. (Liew, s.2, 2020).

2 Práce ve směnném provozu

V České republice jsou pravidla práce na směny zakotvena v Zákoníku práce. Směnný pracovní režim může být realizován ve dvou variantách – dvousměnný a vícesměnný provoz. Dvousměnný provoz je režim práce, ve kterém se pravidelně střídají zaměstnanci nebo skupina zaměstnanců ve dvou směnách (denní – noční, dopolední – odpolední). Pracovní doba je zkrácena na 38, 75 hodin týdně a je omezena pouze na pracovní týden, není organizována nepřetržitě (24 hodin denně, sedm dní v týdnu). Ve více směnném provozu je týdenní pracovní doba stanovena na 37, 5 hodiny. Zaměstnanci se střídají ve třech směnách v rámci 24 hodin a je realizovaný opět jenom v rámci pracovních dní. Dále Zákoník práce rozlišuje ještě pojem nepřetržitý provoz. Nepřetržitý provoz probíhá non stop, tedy 7 dní v týdnu, 24 hodin denně, bez ohledu na všední a pracovní dny.

Pravidla směnného provozu dle zákoníku práce:

- Pracovní doba nesmí být delší než 12 hodin. Zaměstnavatel určí začátek a konce směny.
- Zaměstnavatel je povinen vypracovat plán směn a seznámit s ním zaměstnance nejpozději dva týdny předtím, než je pracovní doba rozvržena. Při rozvrhování práce musí zaměstnavatel respektovat pravidla bezpečné a zdraví neohrožující práce.
- Zaměstnanec má nárok po šesti hodinách práce na přestávku na jídlo.
- Mezi dvěma směnami má zaměstnanec nárok na minimálně jedenáct hodin nepřetržitého odpočinku. Odpočinek může být zkrácen na osm hodin v průběhu 24 hodin, při poskytování služeb obyvatelstvu (provozy veřejného stravování, kulturní zařízení, poštovní a telekomunikační služby, zdravotnické služby) nebo při naléhavých a mimořádných situacích. Následující odpočinek musí být prodloužen o dobu zkrácení.
- Práce v noci probíhá od 22:00 – 6:00. Zaměstnavatel je povinen zajistit pracovníkovi na směny pravidelné lékařské prohlídky v intervalech stanovených zákonem. Zaměstnavatel je povinen pracovníkům na noční směně zajistit přiměřené sociální zařízení a zejména možnost občerstvení (Zákon č. 262/2006 Sb.).

3 Dopad směnného provozu na zdraví jedince

V systému zdravotní péče je nepřetržitý provoz nezbytný k zajištění kontinuity péče o nemocné. Práce ve směnném provozu, zejména v noci, patří k nejčastější příčině poruchy cirkadiálních rytmů. Směnný provoz má dopad i na fyzické zdraví pracovníků, může být příčinou vzniku onemocnění kardiovaskulárního nebo trávicího systému. Podle dat uveřejněných v časopise Risk Management and Healthcare Policy v roce

2016 v současné době pracuje asi 20% populace ve směnném provozu. Poruchy cirkadiálních rytmu se vyskytují u 24,4 – 44 % pracujících v nepřetržitém provozu. Celková kvalita spánku u pracujících ve směnném provozu je výrazně horší než u pracujících v denním provozu (Ferri, s. 203-205, 2016).

Variabilita míry zvládnání práce na směny se různí. Individuální rozdíly byly zjištěny v míře ospalosti během noční směny, schopnosti spát během dne, a stupně zhoršení výkonu. Pracovníci na směny spí až o deset hodin týdně méně než pracující pouze přes den. Výzkumy také ukázaly, že ranní typy obvykle obtížněji zvládají směnný provoz. Adaptace na směnný provoz vyžaduje změnu životního stylu (Wickware, s.1157, 2017).

Použitá literatura

1. AYERS, Susan a Richard DE VISSER. *Psychologie v medicíně*. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5230-3.
2. Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2020 [cit. 1. 11. 2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262>
3. Ferri P, Guadi M, Marcheselli L, Balduzzi S, Magnani D, Di Lorenzo R. The impact of shift work on the psychological and physical health of nurses in a general hospital: a comparison between rotating night shifts and day shifts. *Risk Manag Healthc Policy*. 2016;9:203-211 <https://doi.org/10.2147/RMHP.S115326>
4. JANEČKOVÁ, Denisa. *Cirkadiální preference: rozdílný život ranních ptáčat a nočních sov*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, 2014. ISBN 978-80-87895-20-7.
5. LIEW, Siaw Ch. Sleep deprivation and its association with diseases- a review. *Sleep medicine* [online]. 2020, 18.8.2020, , 1-13 [cit. 2020-10-29].
6. MALKANI, Roneil. Basic Circadian Rhythms and Circadian Sleep Disorders. In: CHOKROVERTY, Sudhansu a Robert J. THOMAS. *Atlas of sleep medicine*. Second edition. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders, [2014]. ISBN 978-1-4557-1267-0.
7. PETRÁŠKOVÁ, Hana. Poruchy spánku. In: LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5067-5.
8. PLHÁKOVÁ, Alena. *Spánek a snění: vědecké poznatky a jejich psychoterapeutické využití*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0365-0.
9. STICKGOLD, Robert. SLEEP ON IT! *Scientific American* [online]. 2015, **313**(4), 52-57 [cit. 2020-09-29]. ISSN 00368733. Dostupné z: [doi:10.1038/scientificamerican1015-52](https://doi.org/10.1038/scientificamerican1015-52)
10. WICKWIRE, Emerson. Shift Work and Shift Work Sleep Disorder: Clinical and Organizational Perspectives. *Chest* [online]. 2017, **151**(5), 1156-1172 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: [doi:https://doi.org/10.1016/j.chest.2016.12.007](https://doi.org/10.1016/j.chest.2016.12.007)

Kontaktní údaje

Bc. Iva Buřičová
 Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií
 Husova 664/11, 301 00 Plzeň
 Tel: 737 358 851
 e-mail: buricov@students.zcu.cz

VÝVOJ PÉČE O CHRONICKÉ RÁNY V 19. AŽ 21. STOLETÍ Z POHLEDU VŠEOBECNÉ SESTRY

THE DEVELOPMENT OF CHRONIC WOUND CARE IN THE 19TH TO 21ST CENTURIES FROM THE PERSPECTIVE OF A GENERAL NURSE

Bc. Eva Egermaierová – MUDr. Mária Veselá

Abstrakt

Teoretický charakter diplomové práce má za cíl analyzovat vývoj péče o chronické rány z pohledu všeobecné sestry v 19. až 21. století. Práce je zpracována analýzou dat a bibliografických zdrojů s následným vypracováním interpretativního textu. Stanovili jsme si problém, kterým se chceme zabývat: Jak se vyvíjela péče o chronické rány v letech 1800–2019 ? Cílem práce je zmapovat vývoj materiálů používaných k ošetření ran.

V 19. století dochází k průlomům v ošetřovatelství. Ženy zaujímají nové postavení v medicíně a zakládají se ošetřovatelské školy. Ošetřovatelství se stává povoláním. V tomto období k rozvoji medicíny, a ošetřovatelství zvláště, přispěli objevy mikrobiologa a zakladatele bakteriologie Roberta Kocha, mikrobiologa a objevitele tepelné sterilizace Louise Pasteura, lékaře a objevitele antiseptiky Josepha Listera, lékaře a objevitele penicilinu Alexandrem Flemingem a mnohých dalších.

20. a 21. století je významné objevem nových materiálů, umožňujících nový, aktivnější přístup k hojení, známý pod termínem vlhké hojení ran a zavedením dalších léčebných metod (podtlaková léčba, bioknife, laser apod.)

Klíčová slova: *chronická rána, převazový materiál*

Abstract

The theoretical character of the diploma thesis aims to analyze the development of chronic wound care from the perspective of a general nurse in the 19th to 21st century. The work is processed by analysis of data and bibliographic sources with subsequent elaboration of an interpretive text. We have identified a problem that we want to address: How did the care of chronic wounds develop in the years 1800 - 2019? The aim of this work is to map the development of materials used to treat wounds.

In the 19th century, there was a breakthrough in nursing. Women are taking on a new position in medicine and nursing schools are being set up. Nursing is becoming a profession. During this period, the discoveries of microbiologist and founder of bacteriology, Robert Koch, microbiologist and discoverer of heat sterilization, Louis Pasteur, surgeon and discoverer of antiseptics, Joseph Lister, physician and discoverer of penicillin, Alexander Fleming and many others, contributed to the development of medicine, and nursing in particular.

The 20th and 21st centuries are significant with the discovery of new materials enabling a new, more active approach to healing, known as wet wound healing and the introduction of other treatment methods (vacuum therapy, bioknife, laser, etc.)

Key words: *chronic wound, bandage material*

Úvod

Péče o chronické rány je nedílnou součástí poskytování péče ze strany všeobecných sester. Prostupuje ambulantní i lůžkovou sférou zdravotnictví. S hojením a péčí o chronické rány se setkávají všeobecné sestry napříč všemi medicínskými obory. Vzdělávání v oblasti péče o chronické rány je neoddelitelnou součástí kvalifikačního i celoživotního vzdělávání všeobecných sester. Kvalifikovaná a důsledná péče o chronické rány urychluje proces léčby a šetří lidské, materiální i ekonomické zdroje.

Chronické rány a jejich léčba je zde od počátku lidstva. Tisíce let se předávaly zkušenosti s hojením ran ústně a později i písemně. Léčba vždy vycházela z vědomostí a technických možností dané doby. Stojí za to se ohlédnout do historie na prostředky, které se k léčbě ran používali.

Tato práce se nevrací v historii až na samý počátek, ale zabývá se obdobím 1800 – 2019. Toto období je rozděleno na kratší úseky a v každé kapitole se věnujeme nejdůležitějším milníkům, které ovlivnili vývoj péče o rány.

Téma diplomové práce „Vývoj péče o chronické rány v 19. až 21. století z pohledu všeobecné sestry“ jsem zvolila, jelikož péče o chronické rány a jejich léčba je velmi důležitá pro kvalitu života pacienta, která je mnohdy opomíjená. Cílem této práce je zmapovat vývoj péče o chronické rány, ale i vývoj materiálů k tomu užívaných.

Rozvržení diplomové práce: Na začátku je popsána anatomie a funkce kůže. V další kapitole je definována rána a její klasifikace podle různých kritérií. Podrobněji se pak věnujeme chronické ráně. V následujících kapitolách se zaměříme na vývoj léčby a převazového materiálu v jednotlivých historických obdobích. V diskuzi se zaměříme na poznatky plynoucí z jednotlivých kapitol a v závěru celkově shrneme tuto problematiku.

1 Anatomie a funkce kůže

Největším smyslovým orgánem našeho těla je kůže, která u dospělého jedince dosahuje velikosti 1,5–2,0 m². Úlohou kůže je, zabránit negativnímu působení mikroorganismů a zevního prostředí. Má termoregulační a metabolickou funkci, umožňuje vnímání chladu a tepla a má podíl na syntéze vitamínu D. (5) Kůže má různou tloušťku, kdy nejsilnější vrstvu nacházíme na stehnech a zádech a naopak nejtenčí vrstva se nachází na horním víčku tloušťka se pohybuje od 0,5–4,0mm. Samotná kůže váží kolem 3 kg, připočteme-li i tukovou tkáň hmotnost může dosáhnout až 20 kg.(1)

1.1 Kůže

Kůže (cutis, derma) se skládá z pokožky (epidermis), škáry (dermis nebo korium) a pod kůží se nachází vrstva podkožního vaziva nebo-li podkoží (subcutis nebo tela subcutanea). Kožní adnexa (žlázy potní a mazové, chlupy, nehty, vlasy) nazýváme přídatné kožní orgány, které také řadíme ke kůži.

1.1.1 Epidermis

epidermis tvoří několik vrstev plochých buněk, které jsou uloženy těsně na sobě. Hlubší buněčné vrstvy mají schopnost dělení a doplňují povrchové vrstvy za olupující se odumřelé buňky. V hlubších vrstvách epidermis jsou volná nervová zakončení, která umožňují vnímání bolesti, cévy v epidermis však nenajdeme. Při vystavení kůže mechanické zátěži, dochází k zesílení rohovějící vrstvy k čemuž dochází stálou obnovou povrchových vrstev. Kmenové buňky v epidermis svou schopností dělení

obnovují kůži a při jejím poškození ji hojí. Cyklus buňky od rozdělení po vyvrání zrohovatělé buňky je přibližně 2-4 týdny dlouhý.

1.1.2 Dermis

Dermis (škára) je vazivová tkáň bohatá na cévy a nervová zakončení. Nachází se zde termoreceptory, hmatová tělíska, mazové žlázy a elastická vlákna. Pružnost, pevnost, roztažitelnost a štěpitelnost kůže zajišťují elastická vlákna dermis. Pokud nejsou respektovány směry štěpitelnosti v chirurgii vzniká rozsáhlá jizva, která není pevná, u kožního reliéfu dochází k deformaci a kosmeticky je rána nepřijatelná.(1)

1.1.1 Subcutis

Podkožní vazivo je nejhlubší vrstvou kůže, ukládá se zde tuková tkáň, která má velké cévní zásobení. Tuková tkáň má izolující, depotní a formující funkci. Stejně jako u kůže se tloušťka této vrstvy liší na různých částech lidského těla. (5)

1.2 Funkce kůže

- Funkce ochranná – kůže je bariérou mezi vnitřním a vnějším prostředím. Její schopnost je ochránit před fyzikálními vlivy mechanickými, termickými i před UV zářením. Chrání i před chemickými látkami a infekcím virovým, bakteriálními i mykotickým.
- Funkce termoregulační – pomocí vazokonstrikce, vazodilatace, sekrece potu, ale i s pomocí podkožního tuku a ochlupením kůže udržuje stálou teplotu těla.
- Funkce smyslové (senzitivní) nervová zakončení, která jsou uložena v kůži, reagují na různé fyzikální podmínky jako je tlak, teplo, zima, poranění pokožky.
- Funkce resorpční a skladovací (depotní) – tuk, který se ukládá v podkožní vrstvě kromě zásobní funkce, izoluje, má mechanickou funkci a ukládají se zde vitamíny rozpustné v tucích. Kůže resorbuje vodu, léčebné prostředky a absorbuje dýchací plyny. U poškozené kůže je velká resorpční schopnost a tím může docházet k rozvoji zánětu způsobeného mikroorganismy.
- Funkce sekreční (vylučovací) – kůže vylučuje chemické látky z těla přes mazové a potní žlázy. Pot a maz přispívají k ochraně kůže.
- Funkce metabolická – kůže je schopna syntézy vitamínu D a melaninu a tvoří protilátky.
- Funkce estetická a komunikativní – díky sekreci feromonů můžeme odhadnout psychický stav jedince (červenání). Negativní změny kůže mohou ovlivnit sebehodnocení a sociální zařazení člověka. (5)

2 Rána

Rána se definuje jako porušení integrity kůže a tkání vznikající důsledkem fyzikálního nebo mechanického působení.(3) Rány můžeme dělit dle různých kritérií například dle způsobu vzniku, rozsahu ztráty tkáně, příčiny, podle přítomnosti infekce, podle vzhledu spodiny rány, podle průběhu hojení.

1.2 Akutní rána

Akutní rána je taková, která vznikla operačním zásahem nebo následkem traumatu a hojí se fyziologicky bez komplikací. Hojení odpovídá adekvátnímu časovému rozmezí.

1.3 Chronická rána

Chronická rána je taková, která se hojí déle než 6 týdnů. Vzniká z jakékoliv akutní rány, příčiny jsou buď místní a nebo celkové. Nejčastěji to způsobují trofické tkáňové změny, na kterých se podílí několik faktorů. Chronická rána je taková, u které je narušen proces hojení, tvoří se nehojivý chronický defekt a hojení neodpovídá časovému rámci. Mezi chronické rány řadíme dekubity, bércové vředy, diabetické ulcerace, rozsáhlé popáleniny, exulcerující malignity, vaskulitidy ulcerózně se rozpadající a ostatní rány hojící se per secundam.(7)

Chronická rána je charakteristická dlouhou dobou hojení a stagnací hojení, které může trvat týdny až měsíce. Děje se to z několika příčin. Příčinou může být nevhodná léčba, malnutrice klienta, bakteriální infekce nereagující na antibiotika, imobilizace klienta, multirezistentní infekce spojené s poskytovanou zdravotní péčí. Chronickou ránu mohou způsobovat arteriální a žilní poruchy, malignita, záření, tlak i poruchy metabolismu. Podle etiologie dělíme chronické rány na několik typů, zde vyjmenujeme jen nějaké. Dekubitus, ulcus cruris venózní etiologie, arteriální kožní vředy, neuropatické kožní vředy, diabetes mellitus, popáleniny 3. stupně, ischemie a nekróza kůže a podkožního tuku, pooperační rány hojící se per secundam a další.(2)

infekce nereagující na antibiotika, imobilizace klienta, multirezistentní infekce spojené s poskytovanou zdravotní péčí. (2)

1.3.1 Klasifikace chronických ran

Určujeme stupeň postižení a typ rány a poté průběh hojení. Rány rozdělujeme podle charakteru spodiny na: rány nekrotické, rány s povlakem, rány granulující a epitelizující. Dále rány rozdělujeme na infikované povrchové, infikované hluboké, neinfikované povrchové a neinfikované hluboké. (2)

Zde uvedeme některé klasifikace chronických ran:

Klasifikace chronických ran podle Knightona (1986)

Stádium I – povrchová rána

Stádium II – hluboká rána

Stádium III – postižení fascií

Stádium IV – postižení svalstva

Stádium V – postižení šlach, vazů, kostí

Stádium VI – postižení velkých dutin (9)

Základní stupně dekubitů

Dekubitus I. stupně: zarudnutí kůže/neblednouce erytém

Dekubitus II. stupně: částečná ztráta kožního krytu

Dekubitus III. stupně: úplná ztráta kožního krytu (dekubitární vřed)

Dekubitus IV. stupně: úplná ztráta kůže a podkoží (hluboký dekubitární vřed)

Dekubitus může být neklasifikovaný, bez určení stupně, kdy není známá hloubka rány/vředu.

Podezření na hluboké poškození, není známa hloubka rány/ vředu.(6)

Wagnerova klasifikace

Posuzuje hloubku ulcerace a přítomnost infekce.

Stupeň 1: povrchní ulcerace, bývá bez známek infekce

Stupeň 2: hlubší ulcerace zasahující pod subkutánní vrstvu, bez významné infekce

Stupeň 3: hluboká ulcerace s abscesem, osteomyelitidou, infekční artritidou nebo rozsáhlejší flegmónou.

Stupeň 4: lokalizovaná gangréna

Stupeň 5: šířící se gangréna nebo nekróza celé nohy

(4)

Další možností jak identifikovat hlavní znaky a fáze hojení je podle pomůcky The Wound Healing Continuum (WHC), kterou v roce 2002 publikovali Gray, White a Cooper. Rozpoznáváme barvu na spodině rány, nejdůležitější je ta která převažuje. Mezi základní barvy se řadí : černá rána – výskyt nekrózy, žlutá rána - je zde vysoké riziko infekce, červená rána – granulující tkáň, růžová rána – na defektu se vytvořil nový epitel. Mezi těmito barvami máme ještě mezistupně. Použití této pomůcky slouží k identifikaci rány, ale i pomáhá při výběru vhodného materiálu v ošetrovatelské péči. (5)

3 Metodologie

Zpracována bude teoretická práce historicko-srovnávací, u které konkrétní metodika bude spočívat především v obsahové analýze a práci s bibliografickými zdroji (odborné novinové články, internetové zdroje, knihy, učebnice) vybraných na základě systematické rešerše na základě vybraných klíčových slov. Práce se bude věnovat problematice v časovém období 1800 - 2019.

4 Výstup do praxe

Výstupem práce bude stručné shrnutí vývoje hojení chronických ran formou elektronické prezentace a posteru s účelem dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků v dané problematice.

Závěr

V závěru bude uveden přehled historického vývoje péče o chronické rány, včetně současného stavu péče o chronické rány z pohledu všeobecné sestry. Se zaměřením na celkové ošetření chronické rány, sterilitu při ošetřování chronické rány, frekvenci převazů, zaměříme se ale i na převazový materiál a hodnocení rány.

Použitá literatura

1. DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. ISBN isbn9788024732404.
2. HLINKOVÁ, Edita, Jana NEMCOVÁ a Edward HUL'O. *Management chronických ran*. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0620-2.
3. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN isbn9788024744124.
4. KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5367-6.
5. POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN isbn9788024733715.
6. POKORNÁ, Andrea, Dana DOLANOVÁ, Veronika ŠTROMBACHOVÁ, Petra BÚŘILOVÁ, Jana KUČEROVÁ a Jan MUŽÍK. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 9788027107209.
7. POSPÍŠILOVÁ, A, FRANCŮ, M. *Akutní a chronické rány – etiologie, rozdíly v hojení a léčba. Česko-Slovenská dermatologie: časopis dermatovenerologických společností*. 2008, č.5. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, 1993-. ISSN 0009-0514.
8. Ruth Bryant, RN, MS, CWOCN, Denise Nix, RN, MS, CWOCN. *Acute and Chronic Wounds: Current Management Concepts*. 5. vyd. Elsevier Health Sciences, 2015. 648s. ISBN 978-03-23316-21-7.
9. STRYJA, Jan. *Repetitorium hojení ran*. 1. vyd. Semily: Geum s.r.o., 2008. 199s. ISBN 978-80-86256-60-3.

MOTIVACE K VÝKONU PROFESÍ VŠEOBECNÉ SESTRY V INTENZIVNÍ PÉČI

MOTIVATION TO PRACTICE THE PROFESSION OF NURSE IN INTENSIVE CARE

Bc. Daniela Gajdová – PhDr. Jana Horová

Abstrakt

Téma motivace v ošetrovatelské profesi je momentálně aktuální zejména v důsledku zvyšujícího se personálního nedostatku na pozici všeobecná sestra. Nedostatek sester postihuje celou Českou republiku napříč všemi sektory, sestry častěji migrují a odcházejí z profese. Motivace a spokojenost hraje v profesi Všeobecné sestry v intenzivní péči důležitou roli, ovlivňuje její pracovní výkon, který má přímý vliv na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Diplomová práce je rozdělená do dvou částí. Část teoretická se zabývá obecně motivací, pracovní motivací, specifiky práce a pracovní spokojeností všeobecné sestry v intenzivní péči. Praktická část mapuje motivaci a spokojenost všeobecných sester v intenzivní péči.

Klíčová slova: *Motivace, Intenzivní péče, Motivační faktory, Pracovní spokojenost, Všeobecná sestra*

Abstract

The topic of motivation in the nursing profession is currently topical, mainly due to the growing staff shortage in the position of general nurse. The shortage of nurses affects the entire Czech Republic across all sectors, nurses more often migrate and leave the profession. Motivation and satisfaction play an important role in the profession of general nurse in intensive care, it affects her work performance, which has a direct impact on the quality of nursing care provided. The diploma thesis is divided into two parts. The theoretical part deals with general motivation, work motivation, work specifics and job satisfaction of a general nurse in intensive care. The practice part maps the motivation and satisfaction of general nurses in intensive care.

Key words: *Motivation, Intensive care, Motivational factors, Job satisfaction, General nurse*

1 Motivace

Už odpradávná se snažili lidé o ujasnění motivů svého chování a také chování jiných lidí. Pokoušeli se o pochopení chování lidí, proč se chovají určitým způsobem a jaké příčiny stojí za tímto chováním.

Už po delší dobu zaujímala otázka motivace přední místo zájmu široké veřejnosti. Stále se jedná o velice diskutované téma, kdy velké množství lidí by chtělo umět předvídat chování ostatních jedinců a k tomu jim má pomoci právě schopnost porozumět motivaci jejich chování. Z toho důvodu se nemůžeme divit tomu, že zrovna této tématice se začali věnovat i odborníci, zejména psychologové, kteří se pokoušeli blíže definovat a vysvětlit shora popsané pohnutky chování. Až na začátku 20. století se ustálil pojem motivace jako psychologický termín. I přes celkem dlouhou dobu, po kterou psychologové motivaci studují, stále nedošlo k vytvoření jednotné definice

tohoto pojmu, a proto existuje mnoho variant, které motivaci jako pojem vymezují (Plamínek, 2015).

Všeobecně je možné uvést, že motivace vystihuje podněty člověka k určitému konání, jde o nějakou aktivizaci jedince, motorem, který ho žene k výkonu či k práci. Nakonečný hovoří o tom, že motivace je intrapsychicky probíhající proces, vyúsťující ve výsledný vnitřní stav, motiv (Nakonečný, 2015). Všichni lidé potřebují určitou dávku motivace, aby mohli fungovat v běžném životě.

Pokud se zamyslíme nad druhy motivace, tak motivaci rozdělujeme na vnější a vnitřní. U vnitřní motivace se předpokládá, že u lidí je přirozená zvědavost, která není spojená s bezprostředním ohodnocením nebo hmotným výsledkem. Dochází k podněcování spontánního zkoumání, díky čemuž je možné objevit nové kompetence a růst osobnosti. Projevem této motivace je, že se člověk učí díky osobní touze poznání, dozvídá se nových informací a tím dochází k uspokojování jejich osobních potřeb a k přinášení radosti. Vnitřní (či intrinsická) motivace ve vztahu k učení vycházející ze samotného organismu, u které není zapotřebí vnějšího pobízení (odměna nebo trest) se skládá ze tří základních motivů: zvědavost, přijmout problém jako výzvu a snažit se o získání větší kompetence a větší kontroly nad prostředím (Plamínek, 2015).

Dalším typem motivace je *vnější motivace*, jinak zvaná také motivace *extrinsická*. Již z názvu je pochopitelné, že se jedná o druh motivace, který se zakládá zejména na podnětech, jež přicházejí z venku. Pracovník není tedy motivován nějakými vnitřními pohnutkami, ale vnějšími podněty, jako jsou třeba mzda, odměny, úprava pracovního místa, benefity, délka pracovní doby, osobnost vedoucího apod. (Plamínek, 2015).

1.1 Teorie motivace

V rámci této podkapitoly budou zmíněny nejznámější teorie motivace, jako je Maslowova teorie potřeb, Vroomova teorie či dvoufaktorová teorie motivace.

Maslowova teorie hierarchie potřeb

Za nejrozšířenější teorii motivace můžeme považovat Maslowovu teorii hierarchii potřeb. Potřebu lze definovat jako prožívání nedostatku či naopak nadbytku něčeho. Potřebu doprovází silné citové vypětí. V případě, že dojde k uspokojení potřeby, přinese člověku pocit štěstí. Naopak neuspokojení potřeby vede k trápení a vnitřnímu napětí.

Maslow uspořádal jednotlivé lidské potřeby podle jejich hierarchie do stupnice, od nejnižších k nejvyšším. V případě, že je soubor potřeb uspokojen, nepůsobí už jako stimul (Nakonečný, 2015). Podle Maslowa uspokojí člověk své potřeby postupně podle jednotlivých stupňů pyramidy, ke kterým patří:

1) základní fyziologické potřeby – jedná se o nejzákladnější potřeby každého člověka, díky jejichž naplnění je člověk živý. Jedná se o potřebu jídla, pití, dýchání, spánku, pohybu, vyměšování, rozmnožování apod. V případě, že tyto potřeby nejsou uspokojeny, vyžádá si tělo naši pozornost, aby došlo k naplnění určité nenaplněné potřeby.

2) potřeba existenční jistoty – do této oblasti patří potřeba zdraví, bezpečí, potřeba jistoty práce, možnosti pracovního postupu a další. Naplněním této potřeby je vyhledání jistoty, stability a spolehlivosti.

3) sociální potřeby – jedná se o potřeby jako je přátelství, potřeba žít s jinými lidmi, být součástí komunity, navazovat přátelství apod. Pokud jde o realizaci této potřeby v rámci realizace zaměstnání, tak se v tomto smyslu jedná o vytvoření podmínek pro spolupráci v pracovním kolektivu, o spolupráci, o pracovní formální a neformální vztahy apod.

4) potřeba osobního uplatnění – jde o potřebu prožívat vážnost, kdy může člověk rozhodnout, mít pocit samostatnosti, mít pocit důležitosti vykonané práce apod. V případě uspokojování všech svých potřeb mají lidé touhu stát se vyváženými a tyto jejich potřeby jim uplatní prestiž a moc.

5) potřeba seberealizace – seberealizace představuje touhu jedince k plnému využití svého potenciálu a dosažení toho, co je pro něj dosažitelné. Potřeba seberealizace představuje nejvyšší úroveň zapojení spolupracovníků do kolektivů firmy či organizace. V takovém případě je práce koníčkem, přičemž zaměstnanec umí podřídit své zájmy pracovnímu kolektivu (Nakonečný, 2015).

Dvoufaktorová teorie (Herzberg)

Frederick Herzberg posunul teorii potřeb zase o krok dále, a to tím, že kromě popisu zaměstnaneckých potřeb stanovil rovněž, jakým způsobem je potřebné zaměstnance motivovat k podání vyššího výkonu. Základem jeho teorie se stalo rozsáhlé empirické šetření, během kterého se dotazoval pracovníků na faktory, které by vedly u jedince ke spokojenosti, či naopak k jeho nespokojenosti. Respondenti měli za úkol popsat co nejkonkrétněji jednotlivé situace, ke kterým došlo v jejich pracovní činnosti, které u nich vedly k příjemnému nebo naopak nepříjemnému pocitu. Herzberg tímto zkoumáním došel k poznatku, že spokojenost a nespokojenost nepředstavují dva póly v rámci jedné stupnice, ale že se jedná o dva nezávislé fenomény, kdy jde o to, že opakem spokojenosti je „žádná spokojenost“ a opakem nespokojenosti je „žádná nespokojenost“ (Vévoda, 2013).

Vroomova teorie expektance

Teorie expektance spadá do tzv. *VIE theories*. Vroom patří k největším propagátorům těchto teorií. Základem těchto teorií je model, ve kterém se síla motivace (M) skládá s níže uvedených faktorů:

- $V = valence$ (hodnocení jedince, že odměna, kterou získá za svůj provedený výkon, byla adekvátní)
- $I = instrumentality$ (očekávání jedince, že jeho výkon bude oceněn)
- $E = expectancy$ (očekávání jedince, že vynaložené úsilí povede k akceptovanému výkonu)

Tyto multiplikátory se dosadí do rovnice $M = V \times I \times E$. Výsledek rovnice hodnot se odvíjí od jednotlivých hodnot, jak je uvedeno níže:

V se odvíjí od toho, nakolik jsou pro pracovníka podstatné výsledky jeho práce a odměn kterou za práci dostane. Pokud jsou výsledky práce pro pracovníka důležité, může dosáhnout hodnota V 1. V případě, že je zaměstnanec k těmto bodům indiferentní, dosahuje V hodnoty 0. Pokud pak zaměstnanec projeví vůči těmto aspektům negativní hodnocení, vyjádří se V v záporné hodnotě -1.

I se blíží hodnotě 1, věří-li zaměstnanec, že za svůj dobrý výkon bude uspokojivě ohodnocen (pochvala, bonus, povýšení...). Je – li očekávání nízké nebo žádné, hodnota I se bude pohybovat kolem 0.

E se blíží hodnotě 1 v případě, že je zaměstnanec naprosto přesvědčený o tom, že jeho jednání a úsilí skutečně povede k vytyčenému cíli. V případě, že by zaměstnanec naopak dosažení stanoveného cíle považoval za nepravděpodobné, bude tato hodnota dosahovat 0 (Lunenburg, 2011).

Tato procesní teorie se nesoustředí na rozdíl od obsahových teorií pouze na popis jednotlivých motivů. Spíše se snaží o obecné naznačení toho, že pro různé cíle mohou mít pracovníci zcela odlišné preference, a také že mají jistá očekávání úspěchu, který bude plynout z jejich jednání.

Vroom vyvodil ze svých teoretických níže uvedené závěry pro firemní praxi:

- a) zaměstnanec je pověřován realistickými úkoly, s nimiž se musí zcela ztotožnit, aby uvěřil v dosažení stanoveného cíle
- b) zaměstnanec věří, že za podání dobrého pracovního výkonu bude odpovídajícím způsobem odměněn
- c) zaměstnanec pozitivně hodnotí formu svého odměňování (Nakonečný, 2015)

1.2 Pracovní motivace

Pracovní motivace je základním pilířem toho, jak dobře řídit pracovníky. Posláním pracovní motivace je u pracovníka navodit vnitřní pocit tak, aby měl zájem určenou práci provádět. Pracovní motivace vysvětluje, jak jsou uspokojovány potřeby zaměstnanců a co se v zaměstnancích děje před zahájením práce a během činnosti v průběhu motivování. V pracovním procesu stráví lidé podstatnou část svého života. Hlavním argumentem, proč pracovat, je získat peníze pro vlastní obživu. Jestliže je příjem uspokojivý, člověk se zajímá o další činitele, které jim práce může dodat. Jsou to pak další faktory motivování. Děj motivování se realizuje pomocí manažerských struktur a technik (Veber, 2014).

Pochvala a kritika

Motivačně působí na zaměstnance také pochvala. Tu je možné využít tehdy, kdy podřízený pracovník plní požadované cíle nebo dosahuje mimořádného úspěchu. Pochvala vede k posílení pozitivního chování podřízeného, čímž ho následně vede k tomu, aby i nadále pracoval minimálně na stejné úrovni. V případě, že chce pochvalu nadřízený využít jako motivaci, je potřeba, aby ji použil konkrétně a osobně. Ačkoli je i sama pochvala účinná, větší účinnosti pochopitelně nabude, pokud je doprovázena určitou odměnou, finanční či jinou (např. benefit či přidělení významné a důležité práce). Samotné zadávání vhodných úkolů motivuje zaměstnance ke zlepšení v práci a současně je jim nápomocné při rozvoji svých schopností v rámci výkonu nových pracovních úkolů.

Opakem pochvaly je pak pochopitelně kritika, která představuje nástroj negativní motivace. Kritika vyzývá podřízeného, aby určitou činnost již neopakoval, nebo aby ji dělal úplně jiným způsobem. Obdobně jako u pochvaly je také u kritiky potřebné, aby byla zcela konkrétní a zaměřovala se na výsledky práce, nikoli na osobu podřízeného jedince. Rovněž je třeba, aby byla formulována přijatelným a důstojným způsobem. V případě, že chce nadřízený kritiku ještě více zdůraznit, tak je toto doprovázeno určitým typem postihu, jakým je např. snížení prémie, pokárání či úplná změna náplně práce směrem k horší práci (Bělohávek, 2012).

Péče

Dalšími stimuly, které výrazným způsobem motivují pracovníka je péče o pracovní podmínky zaměstnance, jeho povzbuzování, motivování, atmosféra celé pracovní skupiny, náplň a režim práce, pracovní podmínky, aj.

Do oblasti péče o zaměstnance můžeme zařadit velmi aktuální a oblíbené teambuildingové akce (z angl. „team“ – tým a „building“ – budování), jejich cílem je zlepšení a posílení komunikace v pracovním týmu, ve spolu práci se členy týmu budování a posílení důvěry apod. Jednotlivé formy teambuildingu se od sebe vzájemně liší – může se jednat o jednodenní akce nebo víkendové akce s různými sportovními aktivitami, které jsou zaměřeny na soutěže, hry apod.

Teambuilding může současně na zaměstnance působit opačným způsobem. Může být pro zaměstnance určitým nutným zlem, jež absolvují pouze v tom případě, pokud o to budou požádáni vedením firmy či organizace. Nejen že je aktivity teambuildingu nebaví, ale nemá pro ně požadovaný efekt ani prožitek z akce jako takový (Nakonečný, 2015).

1.2.1. Pracovní motivace různých skupin pracovníků

Plamínek dělí motivační typy pracovníků do čtyř různých kategorií. Jedná se konkrétně o „objevovatelé“, „usměřovatelé“, „sladčové“ a „zpřesňovatelé“. (Plamínek, 2015).

Objevovatelé

Pro objevovatele je charakteristické to, že působí samostatně a nezávisle. Zaměření jsou především na užitečnost. Tito pracovníci mají rádi výzvy a překonání překážek. Díky tomu bývají často netrpěliví a dychtiví po informacích. Proto je pro ně složitá podřízená pozice. Objevovatelé si nejraději při dosahování cílů sami sobě dokazují, že vnímají překonávání překážek jako soutěž se sebou samým. Po překonání stanoveného náročného cíle si pak hledají další, novou výzvu. Plamínek uvádí, že tito pracovníci se velmi uplatní v kreativních pozicích nebo v pracovních činnostech, u kterých není nutná vysoká obratnost v sociálních interakcích. Díky svým charakteristickým vlastnostem se však objevovatelé nehodí pro týmové práce (Plamínek, 2015).

Usměřovatelé

Další motivační typ pracovníků představují usměřovatelé. Tito pracovníci se zaměřují zejména na efektivitu, současně je jejich chování často velmi riskantní. Usměřovatelé usilují o dosažení maximální volnosti a také je pro ně velmi příjemné ovlivňovat lidi kolem sebe. Reagují velmi senzitivním způsobem na hierarchické rozdělení společnosti. Tito pracovníci jsou rádi, když jsou středem pozornosti a díky tomu vyniknou při pracovních činnostech, k nimž je potřebné dosahovat úspěchu v sociálních interakcích. Vnímaví jsou k tomu, co je, a co naopak není vhodné. (Plamínek, 2015).

Charakteristika usměřovatelů často vybízí k myšlence, že v případě, že se usměřovatel nachází v podřízeném vztahu, může se k nadřízenému chovat s mnohem menším respektem, než se vyžaduje. Z tohoto důvodu je často pro nadřízeného těžké zjistit, jakým způsobem efektivně motivovat usměřovatele k výkonu. Velmi silným motivujícím efektem je pro tento typ pracovníků taková formulace úkolu, která naznačuje, že žádný jiný zaměstnanec nemůže takový úkon zvládnout, jen právě tento pracovník. Dále velmi efektivně v oblasti motivace působí

skutečnost, že role, která mu bude dána, mu umožní zaměstnat určitým úkolem také ostatní zaměstnance, kterým bude „velet“ (Plamínek, 2015).

Sladovatelé

Sladovatelé se zaměřují na efektivitu a stabilitu. Na rozdíl od usměrňovatelů, jež zajímá především horizontální hierarchie, zajímá tento typ pracovníků horizontální hierarchie. Tito lidé se zajímají o své kolegy, kteří jsou na stejné hierarchické úrovni jako oni. Je pro ně typická velká míra empatie, kde se stávají přesným opakem objevovatelů.

Dále je třeba říct, že sladovatelé se nesnaží o tvorbu jakési hierarchie, ale jde jim spíše o vytváření sítí. Ve velké míře komunikují se svými kolegy a jsou to obvykle právě oni, kdo se velmi zajímá o témata, jež nejsou přímo spojena s prací, např. komunikace s kolegy osobního charakteru, zájem o narozeniny svých kolegů, zájem o horké novinky na pracovišti apod. Sladovatelé se snaží o to, aby pracovní prostředí, v němž se svými kolegy společně pracují, bylo bezchybné a aby měli k sobě vzájemný vztah. Jsou velmi aktivní, pokud jde o nějaké společenské akce na pracovišti, pro teambuilding a další (Bělohávek, 2012).

Zpřesňovatelé

Zpřesňovatelé se orientují především na stabilitu a užitečnost. Jsou svědomití, spolehliví a přísní na své okolí. Zadání jednotlivých pracovních úkolů musí mít podáno jasně a srozumitelně. Tito pracovníci velmi striktně dodržují normy a pravidla, díky čemuž je jejich chování často velmi předvídatelné. Nevyhledávají komunikaci s kolegy, ale hovoří s nimi především ohledně pracovních témat. Skrývají své emoce, jsou loajální ke společnosti a ke svým nadřízeným, které respektují obvykle i v těch situacích, kdy se od nich odvracejí ostatní zaměstnanci (Plamínek, 2015).

Tento motivační typ je potřeba vést zcela jasným zadáním, tzn. vysvětlením, jak mají určitého cíle dosáhnout. Současně je pro tyto pracovníky motivující, pokud jim dá jejich nadřízený najevo, že si je vědom jejich pečlivosti, koncentrace a spolehlivosti, a toto oceňuje. Rovněž na ně motivačně působí, když slyší, že se mohou na svého nadřízeného kdykoli obrátit (Plamínek, 2015).

2 Specifika práce všeobecných sester v intenzivní péči

V minulosti spočívala práce sestry v tom, že plnila instrukce lékaře a prováděla odborné sesterské výkony. Současné pojetí výkonu profese všeobecné sestry se značně odlišuje, a to ve smyslu, že koncepce ošetřovatelství se zakládá na holistickém přístupu k pacientovi a práce sestry je mnohem samostatnější. Jejím úkolem je poskytovat celkovou ošetřovatelskou péči zaměřující se na celého pacienta, chápající ho jako lidskou bytost se všemi jejími biologickými, psychickými i sociálními potřebami (Burda, Šolcová, 2015).

Tím, že sestra poskytuje komplexní ošetřovatelskou péči, zasahuje do tělesné integrity jedince a má nesporný vliv na jeho tělesné a duševní zdraví. Jeho upevňování, zachovávání a návrat upravuje celá řada norem, ať již psaných či nepsaných. Sestra je tak při výkonu své profese limitována legislativou, standardy ošetřovatelské péče, Etickým kodexem a dalšími pravidly. Základním principem při výkonu jakéhokoli zdravotnického povolání je postupovat „lege artis“ (Burda, Šolcová, 2015).

Přes nárůst činností, jež může v současné době sestra vykonávat zcela samostatně, musí být schopna také týmové spolupráce, a to spolupráce s lékaři, s dalšími sestrami i s nelékařským zdravotnickým personálem. Právě na základě

kvalitního partnerského vztahu může vykonávat a zefektivňovat prováděnou práci a péči. Pro týmovou spolupráci je potřebná také efektivní komunikace mezi jednotlivými členy týmu a také patřičná motivace od vedení firmy či organizace (Vévoda, 2013).

Ve zdravotnictví je velmi zkoumaným tématem vztah mezi lékařem a sestrou. Sestra byla dříve stavěna do role pomocnice lékaře. V současné době jsou sestry často vysokoškolsky vzdělanými odbornicemi, jež mají určitou autonomii v rozhodování. Realizace a výkon příkazů od lékaře je pak pouze jednou z částí její celkové práce (Burda, Šolcová, 2015).

Ačkoli se v literatuře hovoří o vztahu mezi lékařem a sestrou jakožto o rovnocenném či doplňujícím se partnerském vztahu, realita je mnohdy jiná. Konfliktům ve vztahu je možné předejít komunikací a vzděláváním se (Vévoda, 2013).

Důležitý aspekt práce sestry představuje její vztah k pacientovi, neboť je s pacientem obvykle v užším kontaktu nežli lékař. Pacientovi pomáhá uspokojit jeho základní, biologické i vyšší potřeby. Představuje mezičlánek ve vztahu mezi lékařem a pacientem. Sestra předává pacientovi své zkušenosti a doporučení a dokáže mu poskytnout informace srozumitelnou formou, v jaké je pacient schopen tyto informace vstřebat. V této souvislosti se o sestře hovoří jakožto i o „advokátovi“ pacienta, neboť aktivně obhajuje jeho potřeby a zájmy. V takovém vztahu je však velmi vysoké riziko vzniku různých konfliktních situací. Pacientovi se může zdát, že se mu sestra dostatečně nevěnuje, že je její přístup rutinní nebo neosobní. Čím závažnější je stav pacienta, tím bývá obvykle psychologicky komplikovanější vztah pacienta k ošetrovatelskému personálu. V takové situaci převažuje citová stránka prožívání nemoci nad stránkou rozumovou, objevuje se pocit nedůvěry a strach. V ošetrovatelské praxi představuje schopnost komunikace sestry s pacienty i se svými kolegy velmi důležitou dovednost, které se musí setra učit již v rámci své přípravy na výkon povolání. Při komunikaci s pacienty je důležité vzít v potaz především druh onemocnění nebo postižení, a umět rovněž zohlednit obsahovou a neobsahovou stránku řeči. Znalosti v oblasti neverbální komunikace mohou být sestře značně nápomocné pro identifikaci závažných změn, které se objevují ve stavu pacienta (Vévoda, 2013).

2.1 Specifika motivace u všeobecných sester

V souvislosti s pracovní spokojeností sester se od 30. let 20. století studuje motivace sester. V současné době se pozornost zaměřuje především na častou fluktuaci zdravotnických pracovníků. Nedostatek zdravotnických pracovníků je globálním a velmi závažným problémem, a to do té míry, že jej od roku 2006 vnímá Světová zdravotnická organizace jako prioritní téma (Vévoda, 2013).

Téma pracovní motivace v oblasti zdravotnictví velmi úzce souvisí s pracovní spokojeností a také se syndromem vyhoření, jež je v případě pomáhajících profesí velmi častý. Výzkumy uvedené Vévodou uvádějí jako časté demotivační faktory fyzicky náročnou a stresující práci, nepravidelné směny, nedostatek volného času, málo personálu, nízké finanční ohodnocení za vykonanou práci, nárůst administrativy ve zdravotnictví, špatnou komunikaci s nadřízenými apod. (Vévoda, 2013).

3 Praktická část

Hlavní cílem výzkumného šetření je zjistit, jaká je motivace Všeobecných sester v intenzivní péči.

Pro účely práce jsem naformulovala tři dílčí cíle.

1. Zjistit pracovní spokojenost Všeobecných sester v intenzivní péči
2. Zjistit vztah demografických charakteristik a spokojenosti sester
3. Zjistit, jak sestry hodnotí motivaci ze strany svého zaměstnavatele

3.1 Metodika

Pro tuto diplomovou práci jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu. Výzkumné šetření probíhá pomocí vytvořeného dotazníku. Dotazník obsahuje vlastní demografické otázky, nestandardizovaný dotazník inspirovaný panem Mgr. Jiřím Vévodou a standardizovaný dotazník McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MMSS). Souhlas s možností využití dotazníku v diplomové práci je získán od držitele licence The University of Iowa, College of Nursing v USA. Česká verze dotazníku je získána od doc. Mgr. Eleny Gurkové, PhD. z Prešovské univerzity v Prešově, která se spolu s dalšími autorkami podílela na validizaci české verze dotazníku.

3.2 Realizace výzkumu

Pro Výzkumné šetření jsou vybrány Všeobecné sestry, které pracují v intenzivní péči. Výzkum probíhá v hlavním městě Praha. Pro výzkum je určeno sedm velkých nemocnic v Praze. Jedná se o Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, Všeobecnou fakultní nemocnici, Thomayerovu nemocnici, Nemocnici na Bulovce, Fakultní nemocnici v Motole, Nemocnici Na Homolce, Ústřední vojenskou nemocnici.

Na začátku výzkumného šetření je zajištěn souhlas vedoucího pracovníka pro umožnění dotazníkového šetření v těchto zařízeních. V druhém kroku jsou osloveny vrchní sestry jednotlivých jednotek intenzivní péče v těchto zařízeních a požádány o distribuci dotazníků na jejich oddělení. Cílem je získat 850 dotazníků.

Následně jsou data Nakódována a předána ke statistickému zpracování. Vyhodnocení proběhne pomocí deskriptivní statistiky a statistické analýzy dat.

Použitá literatura

1. BĚLOHLÁVEK, F. *20 typů lidí: jak s nimi jennet, jak je vést a motivovat*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4323-3.
2. BURDA, P. a ŠOLCOVÁ, L. *Ošetřovatelská péče*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5333-1.
3. LUNENBURG, F.C. *Expectancy Theory of Motivation: Motivating by Altering Expectations*. INTERNATIONAL JOURNAL OF MANAGEMENT, BUSINESS, AND ADMINISTRATION [online]., 1-6 [cit. 2020-10-18]. Dostupné z: <http://www.nationalforum.com/Electronic%20Journal%20Volumes/Luneneburg,%20Fred%20C%20Expectancy%20Theory%20%20Altering%20Expectations%20IJMBA%20V15%20N1%202011.pdf>
4. NAKONEČNÝ, M. *Motivace chování*, Praha: Triton, 2015. ISBN 978-80-7387-830-6.
5. PLAMÍNEK, J. *Tajemství motivace*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-3447-7.
6. VEBER, J. *Management: základy, moderní manažerské přístupy, výkonnost a prosperita*. Praha: Management Press, 2014. ISBN 978-80-7261-274-1.
7. VÉVODA, J. a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-8662-9.

ROLE NELZP PŘI URČENÍ NALÉHAVOSTI OŠETŘENÍ PACIENTŮ URGENTNÍHO PŘÍJMU - TRIÁŽ

Bc. Yvona Hodanová – PhDr. Petra Bejvančická

Abstrakt

V září 2019 představilo Ministerstvo zdravotnictví novou koncepci urgentní péče, na kterou navázalo spolu se zdravotní pojišťovnou podepsáním Memoranda o spolupráci při budování sítě zdravotnických zařízení s funkčními urgentními příjmy (UP) v ČR. Cílem nového modelu je zajistit péči o akutní pacienty ve všech regionech a v režimu trvalé dostupnosti 24/7. Urgentní příjem Fakultní nemocnice Plzeň je místem s největším počtem akutně ošetřených pacientů v Plzeňském kraji. Z důvodu nevyhovujících prostor došlo k jeho rozsáhlé rekonstrukci a v říjnu 2019 k otevření nového moderního Urgentního příjmu. Rekonstrukce s sebou přinesla nejen rozšíření chodeb, zvýšení počtu ambulancí a vytvoření 13 akutních lůžek, ale i novinky v podobě vyvolávacího systému a třídění pacientů. Diplomová práce je zaměřena na úlohu NELZP v procesu třídění pacientů a jeho vlivu na prostupnost UP. Prostřednictvím retrospektivního kvantitativního výzkumu budou analyzována a vyhodnocena data z provozu UP za období 10/19-12/20.

Klíčová slova: *urgentní příjem, třídění, naléhavost, třídící sestra*

Abstract

In September 2019, the Ministry of Health introduced a new concept of emergency care, which was followed by a Memorandum of cooperation in the development of a network of medical facilities with emergency departments (ED) in the Czech Republic. This concept aims to ensure continuous acute care provision in all regions. Emergency department of The University Hospital in Plzeň is the place with the highest amount of acutely treated patients in the region. Due to inconvenient premises, it was extensively reconstructed, and in October 2019 a new modern ED was opened. The reconstruction has brought not only the wider corridors, the increase in the number of ambulances and the creation of new 13 acute beds but also innovations in the form of a calling system and a patient triage. The diploma thesis focuses on the role of medical staff in the process of patient triage and its influence on the patient flow through the ED. Through retrospective quantitative research, operational data from the ED in the period 10/2019-12/2020 will be analyzed and evaluated.

Key words: *emergency department, triage, urgency, triage nurse*

1 URGENTNÍ PŘÍJEM FN PLZEŇ

Jedná se o specializované pracoviště s nepřetržitým provozem, které poskytuje neodkladnou akutní ambulantní a lůžkovou péči především pacientům s náhle vzniklým postižením zdraví, pacientům v přímém ohrožení života a náhlou změnou zdravotního stavu. Urgentní příjem (UP) je součástí řady vysoce specializovaných center, zejména traumacentra pro dospělé a děti, cerebrovaskulárního a kardiiovaskulárního centra.

V ambulancích je poskytována péče v oborech neurologie, vnitřního lékařství, kardiologie, chirurgie a traumatologie. Dále je zajištěna dostupnost oborového lékaře

se specializovanou způsobilostí především z oboru neurochirurgie, kardiochirurgie, stomatochirurgie, urologie, gastroenterologie, oční lékařství a psychiatrie.

Po rozsáhlé rekonstrukci, která započala za plného provozu v listopadu 2017, byl v říjnu 2019 otevřen nový UP ve Fakultní nemocnici (FN) Plzeň, který je součástí Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (KARIM).

Došlo k výrazným prostorovým úpravám jako je rozšíření chodeb, zvětšení čekáren, navýšení počtu ambulancí a zřízení Akutní zóny (AZ) se 13-ti lůžky. Další novinkou je třídění pacientů a vyvolávací systém.

Nezbytná je také funkční návaznost na diagnostický a terapeutický komplement nemocnice (CT, MR ,RTG, operační trakt, transfuzní stanice, komplexní laboratorní vyšetření).

Je rozdělen na vysokoprahový a nízkoprahový příjem. Na vysokoprahovém příjmu (Emergency) jsou přijímáni a ošetřováni nemocní, kterým selhávají základní životní funkce a jsou tedy bezprostředně ohroženi na životě. Nízkoprahový příjem je tvořen akutními ambulancemi interních a chirurgických oborů a Akutní zónou.

2 STRUKTURA UP FN PLZEŇ

2.1 Přijímací kancelář

Slouží jako administrativní část UP. Ve vstupní hale je umístěn registrační systém s elektronickou kartotékou (červený kiosek), generující registrační lístky nutné pro organizaci práce Přijímací kanceláře (PK) a v případě „akutních ošetření“, též generování čísel pro funkci vyvolávacího systému.

Toto „před-třídění“ umožní administrativně oddělit „akutní nemocné“ od pacientů k plánovaným příjmům a ostatních přichozích, směřujících například k platebnímu místu či pro informace do PK.

Provoz PK spadá do kompetencí vedoucí sestry Oddělení příjmu. Ve směně je vždy přítomen jeden NELZP a jeden administrativní pracovník.

2.2 Kontaktní místo

Pracoviště poskytovatele akutní lůžkové péče s nepřetržitým provozem, které ve smyslu § 6 zákona č. 374/2011 Sb. Zajišťuje příjem informací od zdravotnického operačního střediska (ZOS) poskytovatele zdravotnické záchranné služby (ZZS) o příjezdu pacienta do zdravotnického zařízení (ZZ) a potvrzuje jeho převzetí; trvale eviduje počty volných akutních lůžek poskytovatele akutní lůžkové péče; koordinuje převzetí pacienta mezi poskytovatelem ZZS a poskytovatelem akutní lůžkové péče; nepřetržitě spolupracuje se ZOS poskytovatele ZZS a bezodkladně jej informuje o provozních závadách a jiných skutečnostech, které podstatně omezují poskytování neodkladné péče; poskytuje na výzvu poskytovatele ZZS součinnost při záchranných a likvidačních pracích při řešení mimořádných událostí a krizových situacích.

Na základě domluvy se ZZS Plzeňského kraje, bylo vedením FN Plzeň určeno jako Kontaktní místo (KM) v rámci FN Plzeň Oddělení příjmu FN Plzeň Lochotín. Toto místo disponuje nelékařským zdravotnickým pracovníkem (NELZP) kompetentními k přijímání a předávání strukturovaných informací směrem ze ZZS k Zdravotnickým oddělením a klinikám (ZOK) FN Plzeň.

Dispečerka ZZS předá KM FN Plzeň telefonicky informaci obsahující údaje o pohlaví, věku, diagnóze pacienta a cílovém pracovišti – ambulanci ve FN Plzeň, kam je záměr pacienta předat a dále předpokládaný dojezd ZZS. Pro předávání těchto informací slouží specifická telefonní linka, jejíž veškeré hovory jsou nahrávány a archivovány.

Kompetentní NELZP KM předá informace směrem k cílové ZOK, které je povinno v případě nemožnosti přijmout či ošetřit pacienta, okamžitě reagovat, aby tak mohlo být osloveno jiné ZOK.

2.3 Třídící ambulance

Všichni pacienti, kteří přicházejí nebo jsou přivezeni ZZS na UP v souvislosti s akutním vyšetřením, jsou vyvolávacím systémem směřováni na třídící ambulanci. Zde je třídící sestrou po základním pohovoru a vyšetření určena naléhavost ošetření a oborové směřování pacienta.

Kategorie ESI se po zadání do Klinického informačního systému (KIS) vizualizuje u jednotlivých pacientů v barevné škále. KIS zobrazuje aktuálně ošetřované pacienty v čekárnách oborových ambulancí dle kategorie zařídění a v časové posloupnosti. Ošetření pacienta s vyšším stupněm naléhavosti má přednost, o pořadí pacientů stejné ESI rozhoduje čas zařídění. V případě změny stavu je možné kdykoliv v průběhu ošetření na UP kategorii ESI změnit a pacienta přetřídít.

2.4 Lůžková část

2.4.1 Resuscitační zóna – Emergency

Jeho činnost byla zahájena již v roce 1994 v borské části FN a po přestěhování kliniky funguje od 1.11.1999 v lochtínské části FN.

Poskytuje péči pro nemocné bezprostředně ohrožené na životě, kterým selhávají základní životní funkce. K dispozici jsou 4 plně vybavená resuscitační lůžka a další 2 lůžka ve stavebně odděleném prostoru. Ten je v současné epidemiologické situaci spojené s onemocněním COVID 19 využíván jako izolace pro příjem a vyšetření infekčních pacientů.

Emergency (ER) disponuje vlastním vchodem a nedochází tak ke kontaktu těžce nemocných pacientů s lehčími. Pacienti jsou přiváženi převážně posádkami pozemní nebo letecké záchranné služby (LZS).

2.4.2 Akutní zóna

Slouží jako intermediární intenzivní péče a expektační lůžková část UP. Je vybavena 13 monitorovanými lůžky a 3 multifunkčními křesly. Svým charakterem splňuje kritéria multioborové intenzivní péče. Jedním z kritérií pro směřování pacientů do AZ je kategorie naléhavosti dle ESI. Primárně jsou zde ošetřováni pacienti kategorie ESI 2.

Na péči o tyto pacienty se podílí všechny obory UP s traumatologickou, ortopedickou, interní, kardiologickou a neurologickou problematikou. Diagnostika a léčba je vedena oborovým ošetřujícím lékařem, který zodpovídá i za dokumentaci, délce nezbytné observace a o propuštění či přijetí pacienta k hospitalizaci.

Kvalifikovaný nelékařský zdravotnický personál je trvale přítomen, pohyb a rozsah činností určuje vedoucí sestry směny.

Lůžka AZ nenahrazují insuficienci lůžek standardní či intenzivní péče jednotlivých klinik FN.

2.5 Ambulantní část

Je určena pro pacienty s nižší naléhavostí ošetření a je stavebně a barevně rozdělena na ambulance interních a chirurgických oborů. Z obou částí je možný vstup do AZ.

Součástí ambulantního traktu je i ambulance lékařské pohotovostní služby (LPS), fungující prozatím v režimu jednosměnného provozu, která je zajišťována praktickými lékaři FN Plzeň.

2.5.1 Interní obory

V této části UP jsou odborné ambulance I. Interní kliniky, Neurologické kliniky a Kardiologické kliniky. Provoz interní a neurologické ambulance zajišťuje nepřetržitě lékař dané kliniky, kardiolog dochází na UP konziliárně. Pro tyto ambulance jsou ve směně přítomni 2 NELZP.

2.5.2 Chirurgické obory

V této části je odborná ambulance Chirurgické kliniky a Kliniky ortopedie, traumatologie a pohybového ústrojí, jejíž součástí je ještě sádrovna. Provoz je zajištěn nepřetržitě lékaři daného oboru. Ve směně jsou pro tyto ambulance 2 NELZP a 1 PZP – sádrovník.

2.6 Zázkrové sálky

Součástí UP jsou dva plně vybavené zázkrové sálky, které podléhají provozu oborových ambulancí Chirurgické kliniky a Kliniky ortopedie, traumatologie a pohybového ústrojí. Svoji strukturou splňují kritéria operačních sálů s bariérovým přístupem umožňujícím odpovídající hygienicko-epidemiologický režim.

2.7 Heliport

Pro spolupráci s poskytovatelem ZZS a jeho leteckou výjezdovou skupinou se doporučuje, aby poskytovatel akutní lůžkové péče se statutem centra vysoce specializované péče, který má zřízen UP I. Typu, disponoval heliportem schváleným Úřadem pro civilní letectví (ÚCL), v ideálním případě pro denní i noční provoz.

V areálu FN Lochotín jsou k dispozici 2 heliporty, hlavní funkčně navazuje na UP. Jeho součástí je předávací místnost kde jsou 2 plně vybavená resuscitační lůžka, která slouží především jako záložní kapacita resuscitační péče UP.

2.8 Diagnostická část UP

Součástí UP jsou specializovaná pracoviště Kliniky zobrazovacích metod, která poskytují trvale radiodiagnostické vybavení pro kompletní zobrazovací metody jako jsou rentgenové pracoviště s unikátním robotickým rentgenem, CT, ultrazvuk a MR.

Trvale je dostupná komplexní laboratorní diagnostika – biochemická, hematologická a mikrobiologická a POCT analyzátor krevních plynů umístěný v resuscitační zóně UP.

3 PERSONÁLNÍ OBSAZENÍ

Odborná péče na KARIM UP je zajišťována lékaři, všeobecnými sestrami, zdravotnickými záchranáři a pomocným zdravotnickým personálem. Personální obsazení se řídí platnými předpisy, počty v jednotlivých profesích se řídí zejména vyhláškou č.99/2012 Sb. Systematizace je aktualizována dle potřeby provozu, zvláště pro lékaře a nelékaře. Zaměstnanci mají individuálně zpracované kompetence, povinnosti a odpovědnosti v pracovní náplni.

V současné chvíli je na UP systemizováno 49 nelékařských zdravotnických pracovníků (NELZP), 15 pomocných zdravotnických pracovníků (PZP) a 1 technicko-hospodářský pracovník (THP).

3.1 Lékařský zdravotnický personál

3.1.1 Vedoucí lékař UP

Zodpovídá za provoz a koordinaci práce UP. Je zodpovědný za diagnosticko-terapeutické postupy na pracovišti. V běžné pracovní době vykonává specializovanou diagnosticko-léčebnou činnost na ER, případně odborný dohled nad ostatními pověřenými pracovníky. Má specializovanou způsobilost z Urgentní medicíny a medicíny katastrof, podílí se na pre- i postgraduální výuce příslušných oborů.

3.1.2 Vedoucí lékař Akutní zóny

Je zástupcem vedoucího lékaře UP, zodpovídá za diagnosticko-terapeutické postupy na AZ. V běžné pracovní době vykonává specializovanou diagnosticko-léčebnou činnost na AZ a poskytuje odborný dohled nad dalšími pověřenými pracovníky.

3.1.3 Lékař Emergency

Nejčastěji lékař KARIM pověřený prací na úseku ER v běžné nebo mimoběžné pracovní době. Podmínkou je specializovaná způsobilost v oboru Anesteziologie, Intenzivní medicíně nebo Urgentní medicíně. V ústavní pohotovostní službě přímo podléhá vedoucímu lékaři KARIM a je trvale dostupný na služebním mobilním telefonu.

3.1.4 Lékař Akutní zóny

Lékař pověřený prací na úseku AZ v běžné nebo mimoběžné pracovní době. V ústavní pohotovostní službě přímo podléhá lékaři ER. Funguje jako konziliární podpora specializované intenzivní péče pro lékaře akutních ambulancí a péči poskytované nemocným na AZ. V případě zhoršení zdravotního stavu či závažné změny stavu pacienta je prvním, koho personál AZ kontaktuje. Je také ošetřujícím lékařem v případě pacientů bez jasné oborové specifikace. Je trvale dostupný na služebním mobilním telefonu.

3.1.5 Oboroví lékaři

Lékař specialista příslušného oboru pověřený prací na některé z akutních ambulancí. Podle naléhavosti stavu pacientů se podílí na jejich ošetřování v prostoru AZ. Zodpovídá za zdravotní stav pacienta i vedení zdravotnické dokumentace od okamžiku

převzetí do okamžiku domluvené předání jinému ošetřujícímu lékaři nebo konečnému směřování pacienta (propuštění nebo přijetí k hospitalizaci). Provede základní rozvahu, navrhne vyšetření a ordinuje léčebná opatření. Je trvale dostupný na služebním mobilním telefonu.

3.2 Nelékařský zdravotnický personál

3.2.1 Staniční sestra UP

Do funkce je jmenována ředitelem FN na základě požadavku vrchní sestry a na základě předchozího souhlasu přednosty/primáře kliniky/oddělení a vyjádření náměstkyně pro ošetrovatelskou péči.

Je podřízena vrchní sestře, spolupracuje s vedoucím lékařem úseku v oblasti lékařských výkonů, s ostatními lékaři na stanici a s dalšími staničními sestrami.

Řídí všeobecné sestry, zdravotnické záchranáře a sanitáře a zodpovídá za chod UP.

3.2.2 Vedoucí sestra směny

Je kompetentní rozhodovat o rozdělení pracovních činností ostatních NELZP ve směně. Jedná se o dynamický proces, který se v průběhu směny mění dle vytiženosti UP či požadavků participujících oborů.

3.2.3 Třídící pracovník

NELZP, kteří mají certifikovaný kurz v třídícím systému Emergency Severity Index (ESI) a mají významnou rozhodovací pravomoc. V případě, že třídící pracovník nemůže s jistotou rozhodnout o naléhavosti ošetření nebo o směřování pacienta, konzultuje třídění s vedoucí sestrou směny, lékařem AZ nebo lékařem ER.

Třídící pracovník by měl mít vynikající dovednosti v oblasti posuzování a řešení problémů, schopnost pracovat ve vysoké stresové situaci, která vyžaduje rychlé myšlení a analýzu a dobré komunikační vlastnosti.

3.2.4 Pomocný zdravotnický pracovník

Provádí pomocnou činnost v rámci poskytování zdravotních služeb pod odborným dohledem nebo pod přímým vedením zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu.

Je přímo podřízen staniční sestře.

3.2.5 Technicko – hospodářský pracovník

Spolupracuje se všemi pracovníky pracoviště a s pracovníky útvarů s navazující činností. Zajišťuje zadávání dat nutných k vyúčtování poskytnuté léčebné péče zdravotním pojišťovnám, kontroluje jejich důkladné a správné vyplnění a zajišťuje včasné odevzdání dat odboru zdravotního účtování. Vykonává administrativní práce spojené s přijímáním a propuštěním pacientů, zajišťuje kontrolu a kompletaci zdravotnické dokumentace, zhotovování kopií dokumentů dle potřeb pracoviště a provádí dohled nad tříděním, oběhem a úpravou písemností pracoviště.

Použitá literatura

1. Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care. Version 4. Implementation Handbook, 2012 Edition
2. GILBOY, N., TANABE, P., TRAVES, D., ROSENAU, A. : Emergency Severity Index (ESI), [online], AHRQ publication 2009, [cit.29.1.2020]. Dostupné z : <http://www.ahrq.gov>
3. CHRIST, M., GROSSMANN, F., WINTER, D. Modern Triage in the Emergency Department. [online]Deutsch Arztebl Int.2010, [cit.29.1.2020], 892-898,DOI:10.3238/arztebl.2010.0892.Dostupnéz: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3021905/>
4. KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. Praha : Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
5. POLÁK, Martin. Třídění pacientů na oddělení emergency aneb návrh, jak by to mohlo vypadat. Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4650-3.
6. POLÁKOVÁ, Renata. Systémy třídění pacientů dle priorit na oddělení Urgentního příjmu. Urgentní medicína 3/2013, str. 11-13. ISSN 1212-1924

Kontaktní údaje

Bc. Yvona Hodanová
e-mail: yvonah@gapps.zcu.cz

ROZPOR TEORIE A PRAXE POHLEDEM SESTRY ABSOLVENTKY

THEORY-PRACTICE GAP IN VIEW OF A NEW GRADUATE NURSE

Bc. Tereza Chrástová – Mgr. Milena Vaňková, Ph. D.

Abstrakt

Rozpor teorie a praxe v ošetrovatelství je v současné době intenzivně diskutovaným tématem zahraničních studií, a to zejména v souvislosti s kvalitou poskytované péče. Problém v integraci teorie a praxe je uváděn nejen v souvislosti s přípravou studentů ošetrovatelství na pregraduální úrovni vzdělávání, ale také v souvislosti s přechodem sester absolventek do klinické praxe.

Metodika zpracování: Výzkum bude realizován formou kvalitativního výzkumu. Sběr dat bude probíhat formou polostrukturovaných rozhovorů do okamžiku dosažení teoretické saturace dat. Osloveny budou sestry absolventky, které aktivně pracují ve zdravotnických zařízeních různého typu.

Hlavní cíl: Zmapovat a popsat problematiku rozporu teorie a praxe v ošetrovatelské praxi, identifikovat očekávání a potřeby sester absolventek v souvislosti s výskytem rozporu teorie a praxe ve vztahu k zaměstnavateli a definovat základní problémové oblasti.

Předpokládaný výstup do praxe: Výstupem do praxe bude podnět pro zefektivnění spolupráce akademických vzdělavatelů sester a mentorů, spolupracujících na vedení odborné praxe či návrh na změnu vedení adaptačního procesu sester absolventek ze strany zdravotnické organizace.

Klíčová slova: *Rozpor teorie a praxe, Sestra absolventka, Profesní adaptace, Kompetence*

Abstract

The theory-practice gap in nursing is currently an intensively discussed topic of foreign studies, especially in connection with the quality of care. The problem in the integration of theory and practice is mentioned not only in connection with the preparation of nursing students at the undergraduate level of education, but also in connection with the transition of graduate nurses to clinical practice.

Processing methodology: The research will be conducted through qualitative research. Data collection will take place in the form of semi-structured interviews until theoretical data saturation will be achieved. Graduate nurses who are actively working in medical facilities of various types will be addressed.

Main objective: To map and describe the issue of theory-practice gap in nursing practice, identify the expectations and needs of graduate nurses in connection with the occurrence of theory-practice gap in relation to employers and define the basic problem areas.

Expected output into practice: The output in practice will be an incentive for more effective cooperation between academic educators of nurses and mentors, collaborating in the management of professional practice or a proposal to change the

management of the adaptation process of graduate nurses by the medical organization.

Key words: *Theory-Practice Gap, Graduate Nurse, Professional Adaptation, Competence*

1 Vymezení pojmu rozpor teorie a praxe v ošetrovatelství

Rozpor teorie a praxe (z angl. Theory-Practice Gap) je do českého jazyka doslovně přeložen jako mezera mezi teorií a praxí. V ošetrovatelské literatuře je tento pojem široce užíván bez sdílené, konsenzuální definice či popisu jejího vymezení a definování obsahu konceptu. Definice je však důležitá, protože rozpor mezi teorií a praxí je abstraktní pojem a představuje tak metaforickou prázdnotu, která je pociťována nebo prožívána, ale není snadno měřitelná nebo kvantifikovatelná (Greenway, 2018).

Dle Rolfeho (1993, str. 173) je rozpor mezi teorií a praxí „*mezera mezi tím, co by podle výzkumu a teorie mělo v ideálním případě probíhat, a tím, co se skutečně děje v „nedokonalém“ klinickém prostředí.*“ Dle Greenway (2018, str. 2) lze pojem definovat jako „*základní negativum s nepříznivými důsledky pro ošetrovatelství*“.

Rozpor teorie a praxe je v posledních desetiletích jeden z nejspornějších a nejzásadnějších problémů v ošetrovatelství. Situace v reálném klinickém prostředí totiž zřídka, pokud vůbec, odpovídají tomu, co je psáno v učebnicích (Rolfe, 1993) a integrace teoretického obsahu do praxe nemá obvykle hladký průběh (Bendal, 2006; Lee, 1996).

Zatímco v západních, zejména anglicky mluvících zemích (USA, Velká Británie, Austrálie) se jedná o intenzivně diskutované téma, které je seriózně uchopováno ošetrovatelským výzkumem již od 90. let minulého století (viz např. Carr 1986; Rolfe, 1993; Kim, 1993 či Allmark, 1995), v České republice stále zůstává mimo pozornost odborné ošetrovatelské veřejnosti.

Rozpor teorie a praxe je v ošetrovatelství převážně vnímán v negativním smyslu, i když Rafferty a kol. (1996) tvrdí, že teorie a praxe jsou od přírody v dynamickém napětí a toto napětí je zásadní pro to, aby v klinické praxi mohlo dojít ke změně. Toto napětí lze vidět také pozitivně, kdy může motivovat odborníky v ošetrovatelství k práci na této problematice a poskytuje také prostor pro zamezení stagnace v dané profesi (Ajani & Moez, 2011).

Mezera mezi teorií a praxí může být také užitečná pro studenty ošetrovatelství. Ousey v debatě s Gallagherem (Ousey & Gallagher, 2007) tvrdil, že přítomnost rozdílu mezi teorií a praxí může studenty povzbudit, aby se častěji dotazovali zkušených kvalifikovaných sester v klinické praxi. Rovněž Monaghan (2015) tvrdí, že mezera mezi teorií a praxí, která se objevuje už během pregraduálního vzdělávání, ovlivňuje schopnosti a klinické dovednosti studentů ošetrovatelství a také spolupráci mezi univerzitami, což je nezbytné pro rozvoj ošetrovatelské profese.

Rozpor mezi znalostmi ošetrovatelských postupů, získanými v učebně ošetrovatelstvím v reálném klinickém prostředí je již dlouho zdrojem obav pro vzdělavatele sester, odborníky a studenty po celém světě (Ajani & Moez, 2011). Dle Rolfeho (1993) totiž pociťují tento rozpor nejvíce právě studenti ošetrovatelství a sestry absolventky, i když jsou samozřejmě zasaženy také zkušené kvalifikované sestry.

Studenti ošetrovatelství a sestry absolventky zažívají často nesoulad v očekávání ze strany svých klinických lektorů, kteří očekávají implementaci teoretických poznatků do praxe a tlak od zkušených sester v klinické praxi, aby se chovali tak, jak jim to umožňuje reálná klinická situace (Rolfe, 1993). Tento nesoulad může mít nepříznivý dopad na jejich profesní socializaci a identifikaci s rolí sestry (Jamshidi, 2012; Maben a kol., 2006; Monaghan 2015; Wynaden a kol., 2000). Šok z přechodu (z reality) je totiž považován za hlavní příčinu nízké spokojenosti s prací a může mít za následek vysokou míru fluktuace a odchodů z profese nově kvalifikovaných sester (Al Awaisi a kol., 2015; Yang a kol., 2013).

Ajani & Moez (2011) tvrdí, že rozpor mezi teorií a praxí má důsledky také pro profesionální stav a image ošetrovatelství. Jinak řečeno, ovlivňuje vnímání a dojmy pacienta a ostatních členů zdravotnického týmu o sestrách a ovlivňuje rovněž hodnocení a profesionální růst a rozvoj sestry.

Rozpor mezi teorií a praxí má na ošetrovatelskou profesi také další vlivy spojené s autonomií ošetrovatelské profese. Pokud sestry nejsou teoreticky dobře vybaveny, je podporován obraz toho, že jsou pouze pomocnice podřízené lékařům. Na druhé straně, pokud nevykazují zdatné praktické dovednosti, jejich důvěryhodnost je zpochybňována, což vede k jejich frustraci a demotivaci (Ajani & Moez, 2011).

2 Příčiny vzniku rozporu teorie a praxe v ošetrovatelství

1) Praxe založená na důkazech

Evidence-Based Practice tzn. praxe založená na důkazech či **ošetrovatelství založené na důkazech** (z angl. Evidence-Based Nursing) je „*proces spojující nejlepší praxi (důkaz z výzkumu) s odbornou zkušeností sestry a potřebami pacienta.*“ (Jarošová, Zeleníková, 2014, str. 11). Sestry by měly vyhledávat nejaktuálnější výzkumy, aplikovat je do své praxe a zároveň plně informovat pacienta. Rovněž by měly respektovat sdílené rozhodování s pacienty o jejich léčbě. EBP má tedy schopnost vytvářet základy teorie nebo měnit její postavení. Jako taková vytváří příčinu mezery mezi teorií a praxí a v důsledku toho musí sestry neustále procvičovat praxi ve světle nejnovějších poznatků či důkazů a musí vypracovávat akční plány, jak změnu řídit a jak podporovat v její implementaci jednotlivce, týmy i organizace (Greenway, 2018).

2) Rituální praxe

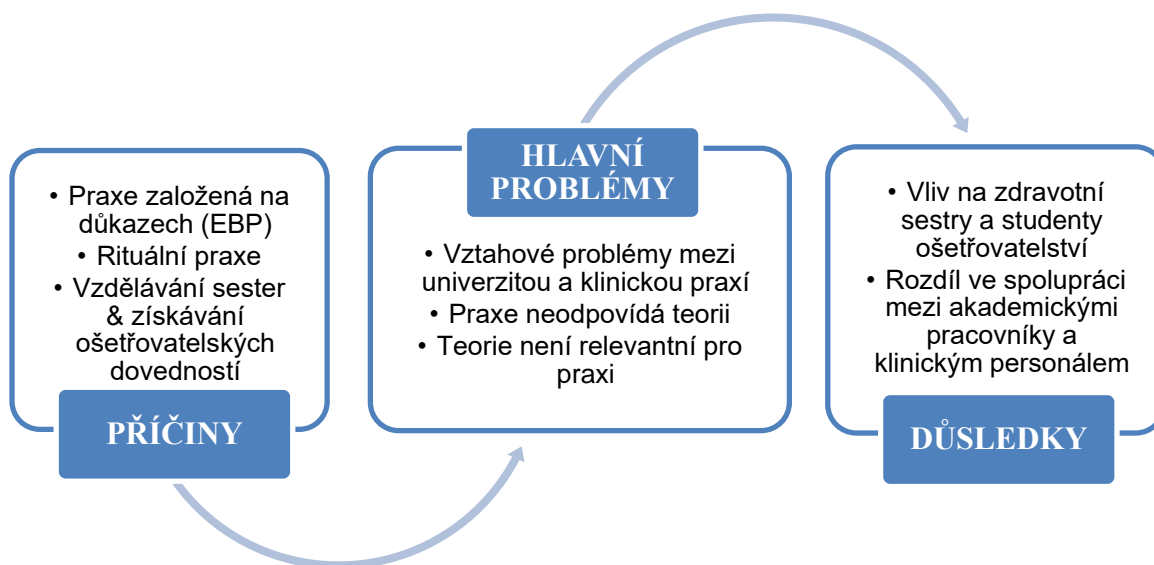
Rituální praxe je rutinní chování, které nevyžaduje znalosti nebo porozumění a často je prováděno bez ohledu na potřeby pacientů. Jedná se o pokračování rituálních praktik (stereotypů), což vede k nedostatku změn a následně k tomu, že praxe zůstává ve statickém stavu. Rituály však nejsou vždy negativní, některé ošetrovatelské rituály jsou nezbytné nebo mají pozitivní význam (Greenway, 2018). Ousey & Gallagher (2007) také popisují, jak se studenti ošetrovatelství a sestry absolventky potýkají s rituální praxí, která neodráží to, co se naučili při teoretické výuce. Studenti proto čelí otázce, zda přijmout jako fakt, že reálná praxe neodráží ideální teoretický základ nebo mají zpochybňovat klinickou praxi, kterou prožívají. Studenti se pak mohou cítit bezmocní, protože si jsou vědomi toho, že jejich klinický mentor bude vyžadovat ošetrovatelskou péči a postupy dle zvyklosti oddělení, ale jejich učitel (akademický

pracovník) bude vyžadovat takové chování, které koresponduje s teorií (Greenway, 2018).

3) Vzdělávání sester a získávání ošetrovatelských dovedností

Osnovy výuky studijního programu ošetrovatelství vyžadují upevnění znalostí a jejich zakotvení v odborné praxi. Pomocí překlenout mezeru mezi teorií a praxí by dle Greenway (2018) mohla také relevantní simulační výuka.

Na základě těchto příčin a identifikovaných hlavních problémů (viz níže) Greenway (2018) navrhla koncepční analýzu (obrázek 1) podle Rogersova evolučního modelu:



Obrázek 1 Schématické znázornění koncepční analýzy mezer mezi teorií a praxí (Zdroj: Greenway, 2018, str. 7)

3 Hlavní problémy rozporu teorie a praxe v ošetrovatelství

1) Praxe neodpovídá teorii

Sestry by měly využívat spíše praxi založenou na důkazech, než provádět rituální a stereotypní postupy svých dovedností (Ajani & Moez, 2011). Haigh (2008) naznačuje, že klinické oblasti nejsou často ochotné nebo schopné změnit stávající praxi a přijmout nové myšlenky a metody. Pozitivní motivace pro podporu změn a zmenšení rozporu mezi teorií a praxí je částečně dosaženo profesionální socializací a efektivním modelováním profesních rolí (Greenway, 2018).

2) Teorie není relevantní pro praxi

To, co je vyučováno v idealistickém prostředí učebny, nemusí být vždy použitelné v reálné praktické situaci v klinickém prostředí (Ajani & Moez, 2011). Maben a kol. (2006) a Ousey & Gallagher (2007) tvrdí, že chyba spočívá v nedostatečné integraci teorie do klinického prostředí a v neschopnosti integrovat výzkum do prostředí klinické praxe. Je také zřejmá dynamická a vyvíjející se povaha ošetrovatelství – staré teorie se stanou irelevantními, zatímco nové teorie budou vyžadovat testování a hodnocení (Haigh, 2008). Vzhledem k tomu, že výuka sester je rozdělena mezi klinickou praxi a univerzitu, je třeba upřednostnit aplikaci teorie v kontextu konkrétních a proveditelných způsobů. Je žádoucí také využití simulační výuky a modelů lidských pacientů, čímž by

bylo dosaženo realističtějšího, ale přesto kontrolovaného učebního prostředí (Greenway, 2018).

Dalším problémem je, že vysokoškolští pedagogové (odborní asistenti) často nejsou v kontaktu s realitou klinické praxe, nejsou klinicky věrohodní a teorie, které zastávají, neodráží klinickou praxi (Greenway, 2018).

Ousey & Gallagher (2007) však tvrdí, že to nemá zásadní vliv na mezeru mezi teorií a praxí a důležitější je zaměřit se na partnerství mezi akademickou obcí a klinickou praxí a v praxi se zaměřit na podporu studenta zdatným mentorem. Myall a kol. (2008) také tvrdí, že efektivní mentorink je klíčový pro relevantní klinické zkušenosti studentů, neboť mentoři poskytují souhrnné hodnocení klinické praxe. Proto je velmi důležité, aby byl mentor kompetentní, klinicky důvěryhodný a orientovaný v oblasti výzkumu.

Také Bendal (2006) upozorňuje na to, že to, co se sestry učí teoreticky, je značně odlišné od toho, co vykonávají skutečně v klinické praxi. Pokud nebude minimalizována mezera mezi teorií a praxí, může to způsobit potíže, protože principy stanovené v učebních osnovách nejsou dobře sladěny s principy, které reálně fungují v klinické praxi. To může být pro čerstvého absolventa problematické a v krajním případě může způsobit i předčasné opuštění povolání.

Rovněž načasování realizace odborné praxe studentů v klinickém prostředí není vždy optimálně organizováno a není synchronní s teoretickými aktivitami v učebně. Studenti jsou často rozmisťováni podle potřeb a „poptávky“ jednotlivých klinických pracovišť, která však svým zaměřením nejsou tematicky provázána s osnovami výuky praktických cvičení studentů. Studenti také pociťují, že jejich čas na přiděleném klinickém pracovišti je často příliš krátký na to, aby si důkladně osvojili požadované praktické dovednosti, získali adekvátní teoretické znalosti a současně poznali na základě klinických kazuistik a komplexní ošetrovatelské péče specifika daného onemocnění (Salifu a kol., 2018).

3) Problémy spolupráce mezi univerzitním a klinickým prostředím

Dle Greenway (2018) se tento problém časově datuje do období přesunu vzdělávání studentů ošetrovatelství z tradičních vzdělávacích programů na úroveň vysokoškolského vzdělávání sester.

Corlett a kol. (2003) zdůrazňují potřebu úzkého partnerství a spolupráce s akademickými pracovníky a tvrdí, že smysluplná vzájemná spolupráce by měla za následek reflektování výuky v klinickém prostředí a zlepšení pohledu na výuku týkající se znalostí a potřeb studentů. Dostupná literatura zdůrazňuje přínos úzké spolupráce mezi nácvikem a osvojením praktických dovedností v rámci předmětu ošetrovatelské postupy a realizací odborné klinické praxe jakožto postupu překlenutí mezery mezi teorií a praxí a také strategie ke zmírnění úzkosti studentů (Baltimore, 2004; Corlett a kol., 2003; Jerlock a kol., 2003; Spouse, 2001). Výzvou pro pedagogy (akademické pracovníky) je vychovávat studenty, kteří dokážou využít své formální všeobecné znalosti k řešení konkrétních problémů v klinickém prostředí a rozvíjí své kritické myšlení a dovednosti pro praktické řešení problémů (Jerlock a kol., 2003; Martin & Mitchell, 2001; Pender & Looy, 2004; Scherer & Scherer, 2007; Spouse, 2001). Bez této úpravy dojde podle Spouse (2001) k dalšímu prohlubování mezery mezi teorií a praxí i u sester absolventek. Výuka formálních, obecných znalostí v učebně při

přípravě na praxi je úlohou fakulty / vysoké školy, proces osvojování ¹ si psychomotorických dovedností studenta a jejich praktická aplikace je pak doménou klinického lektora (mentora). Vztah mezi oběma stranami je nevyhnutelně propojen a je nanejvýš důležitý pro rozvoj vzdělávacích strategií ² (Scully, 2010).

Někteří odborníci z klinické praxe vyjádřili obavy ohledně klinických zkušeností a tzv. akademizace odborného vzdělávání akademických pracovníků, které naznačují, že většina z nich byla buď nezkušených nebo ztratili kontakt s realitou ošetrovatelské praxe kvůli jejich dlouhodobé nepřítomnosti v klinickém prostředí. Pedagogické přístupy používané některými akademickými pracovníky postrádaly inovace a dovednosti v oblasti kritického myšlení a řešení problémů (Salifu a kol., 2018).

Gerrish (1992) tvrdí, že existence mezery mezi teorií a praxí souvisí s neschopností akademických pracovníků převzít ústřední roli ve výuce klinické praxe, rovněž je dle něj problémem posun tradičního ošetrovatelského vzdělávání, jak tomu bylo dříve, k vysokoškolskému vzdělávání studentů ošetrovatelství

Na základě všech výše uvedených faktorů je zřejmé, že existence rozporu teorie a praxe má velký potenciál negativně ovlivnit kvalitu ošetrovatelské péče (Salifu a kol., 2018). Je tedy nezbytně nutné se touto problematikou intenzivněji zabývat a hledat možné návrhy na uzavření (či alespoň zmenšení) mezery mezi teorií a praxí v ošetrovatelské praxi.

Použitá literatura

1. AJANI, Khairulnissa a Salima MOEZ. Gap between knowledge and practice in nursing. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* [online]. 2011, 15, 3927-3931 [cit. 2020-11-13]. ISSN 18770428. Dostupné z: doi:10.1016/j.sbspro.2011.04.396.
2. AL AWAISSI, Huda, Hannah COOKE a Steven PRYJMACHUK. The experiences of newly graduated nurses during their first year of practice in the Sultanate of Oman – A case study. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2015, 52(11), 1723-1734 [cit. 2020-11-13]. ISSN 00207489. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.06.009
3. ALLMARK, Peter, Hannah COOKE a Steven PRYJMACHUK. A classical view of the theory-practice gap in nursing. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 1995, 22(1), 18-23 [cit. 2020-11-13]. ISSN 03092402. Dostupné z: doi:10.1046/j.1365-2648.1995.22010018.x
4. BALTIMORE, Jane, Hannah COOKE a Steven PRYJMACHUK. The Hospital Clinical Preceptor: Essential Preparation for Success. *The Journal of Continuing Education in Nursing* [online]. 2004, 35(3), 133-140 [cit. 2020-11-13]. ISSN 00220124. Dostupné z: doi:10.3928/0022-0124-20040501-10
5. BENDALL, Eve, Hannah COOKE a Steven PRYJMACHUK. 30th anniversary commentary on Bendall E. (1976) Learning for reality. *Journal of Advanced Nursing* 1, 3-9: Essential Preparation for Success. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2006, 53(1), 18-19 [cit. 2020-11-13]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03658.x

¹ **Osvojování** je proces vzniku a vytváření praktických dovedností probíhající obvykle podle řetězce: nácvik jednotlivých pohybů – jejich spojování v celky – odstranění zbytečných pohybů – upřesňování a automatizace pohybů – snižování únavy.

² **Vzdělávací strategie** jsou postupy, které jsou uplatňovány ve výuce i mimo ni, jimiž vzdělávací instituce cíleně vytváří a rozvíjí klíčové kompetence studentů. Přispívají k větší efektivitě a kvalitě vyučovacího procesu.

6. CARR, WILFRED, Hannah COOKE a Steven PRYJMACHUK. Theories of Theory and Practice: Essential Preparation for Success. *Journal of Philosophy of Education* [online]. 1986, 20(2), 177-186 [cit. 2020-11-13]. ISSN 0309-8249. Dostupné z: doi:10.1111/j.1467-9752.1986.tb00125.x
7. CORLETT, Jo, J.W. PALFREYMAN, H.J. STAINES a H. MARR. Factors influencing theoretical knowledge and practical skill acquisition in student nurses: an empirical experiment. *Nurse Education Today* [online]. 2003, 23(3), 183-190 [cit. 2020-11-13]. ISSN 02606917. Dostupné z: doi:10.1016/S0260-6917(02)00232-0
8. GERRISH, Kate, J.W. PALFREYMAN, H.J. STAINES a H. MARR. The nurse teacher's role in the practice setting: an empirical experiment. *Nurse Education Today* [online]. 1992, 12(3), 227-232 [cit. 2020-11-13]. ISSN 02606917. Dostupné z: doi:10.1016/0260-6917(92)90066-W
9. GREENWAY, Kathleen, Graham BUTT, Helen WALTHALL a H. MARR. What is a theory-practice gap? An exploration of the concept: an empirical experiment. *Nurse Education in Practice* [online]. 2019, 34(3), 1-6 [cit. 2020-11-13]. ISSN 14715953. Dostupné z: doi:10.1016/j.nepr.2018.10.005
10. HAIGH, Carol, Graham BUTT, Helen WALTHALL a H. MARR. Editorial: Embracing the theory/practice gap. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2009, 18(1), 1-2 [cit. 2020-11-13]. ISSN 09621067. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02325.x
11. KIM, Hesook Suzie, Graham BUTT, Helen WALTHALL a H. MARR. Putting theory into practice: problems and prospects*. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 1993, 18(10), 1632-1639 [cit. 2020-11-13]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: doi:10.1046/j.1365-2648.1993.18101632.x
12. JAMSHIDI, Leila, Graham BUTT, Helen WALTHALL a H. MARR. The Challenges of Clinical Teaching in Nursing Skills and Lifelong Learning from the Standpoint of Nursing Students and Educators: problems and prospects*. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* [online]. 2012, 46(10), 3335-3338 [cit. 2020-11-13]. ISSN 18770428. Dostupné z: doi:10.1016/j.sbspro.2012.06.062
13. JAROŠOVÁ, Darja a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelství založené na důkazech: evidence based nursing*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5345-4.
14. JERLOCK, Margaretha, Kristin FALK, Elisabeth SEVERINSSON a H. MARR. Academic nursing education guidelines: Tool for bridging the gap between theory, research and practice. *Nursing and Health Sciences* [online]. 2003, 5(3), 219-228 [cit. 2020-11-13]. ISSN 1441-0745. Dostupné z: doi:10.1046/j.1442-2018.2003.00156.x
15. LEE, Diana T.F., Norman BROWN, Linda POLLOCK a H. MARR. The clinical role of the nurse teacher: a review of the dispute. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 1996, 23(6), 1127-1134 [cit. 2020-11-13]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: doi:10.1046/j.1365-2648.1996.01278.x
16. MABEN, Jill, Sue LATTER, Jill Macleod CLARK a H. MARR. The theory–practice gap: impact of professional–bureaucratic work conflict on newly-qualified nurses. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2006, 55(4), 465-477 [cit. 2020-11-13]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03939.x
17. MARTIN, Geoffrey W., Gordon MITCHELL, Jill Macleod CLARK a H. MARR. A study of critical incident analysis as a route to the identification of change necessary in clinical practice: addressing the theory–practice gap. *Nurse Education in Practice* [online]. 2001, 1(1), 27-34 [cit. 2020-11-13]. ISSN 14715953. Dostupné z: doi:10.1054/nepr.2001.0006

18. MONAGHAN, Thomas, Gordon MITCHELL, Jill Macleod CLARK a H. MARR. A critical analysis of the literature and theoretical perspectives on theory–practice gap amongst newly qualified nurses within the United Kingdom: addressing the theory–practice gap. *Nurse Education Today* [online]. 2015, 35(8), e1-e7 [cit. 2020-11-13]. ISSN 02606917. Dostupné z: doi:10.1016/j.nedt.2015.03.006
19. MYALL, Michelle, Tracy LEVETT-JONES, Judith LATHLEAN a H. MARR. Mentorship in contemporary practice: the experiences of nursing students and practice mentors. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2008, 17(14), 1834-1842 [cit. 2020-11-13]. ISSN 0962-1067. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02233.x
20. OUSEY, Karen, Peter GALLAGHER, Judith LATHLEAN a H. MARR. The theory–practice relationship in nursing: A debate. *Nurse Education in Practice* [online]. 2007, 7(4), 199-205 [cit. 2020-11-13]. ISSN 14715953. Dostupné z: doi:10.1016/j.nepr.2007.02.001
21. PENDER, F. T., A. E. LOOY, Judith LATHLEAN a H. MARR. Monitoring the development of clinical skills during training in a clinical placement: A debate. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* [online]. 2004, 17(1), 25-34 [cit. 2020-11-13]. ISSN 0952-3871. Dostupné z: doi:10.1046/j.1365-277X.2003.00473.x
22. RAFFERTY, Anne Marie, Nick ALLCOCK, Judith LATHLEAN a H. MARR. The theory/practice 'gap': taking issue with the issue. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 1996, 23(4), 685-691 [cit. 2020-11-13]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2648.1996.tb00038.x
23. ROLFE, GARY, Nick ALLCOCK, Judith LATHLEAN a H. MARR. Closing the theory—practice gap: a model of nursing praxis. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 1993, 2(3), 173-177 [cit. 2020-11-13]. ISSN 0962-1067. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2702.1993.tb00157.x
24. SALIFU, David Abdulai, Janet GROSS, Mohammed Awal SALIFU a Jerry PK NINNONI. Experiences and perceptions of the theory-practice gap in nursing in a resource-constrained setting: A qualitative description study. *Nursing Open* [online]. 2019, 6(1), 72-83 [cit. 2020-11-13]. ISSN 20541058. Dostupné z: doi:10.1002/nop2.188
25. SCULLY, Natashia Josephine, Janet GROSS, Mohammed Awal SALIFU a Jerry PK NINNONI. The theory-practice gap and skill acquisition: An issue for nursing education. *Collegian* [online]. 2011, 18(2), 93-98 [cit. 2020-11-13]. ISSN 13227696. Dostupné z: doi:10.1016/j.colegn.2010.04.002
26. SCHERER, Zeyne Alves Pires, Edson Arthur SCHERER, Mohammed Awal SALIFU a Jerry PK NINNONI. Reflections on nursing teaching in the post-modernity era and the metaphor of a theory-practice gap: An issue for nursing education. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2007, 15(3), 498-501 [cit. 2020-11-13]. ISSN 0104-1169. Dostupné z: doi:10.1590/S0104-11692007000300021
27. SPOUSE, Jenny, Edson Arthur SCHERER, Mohammed Awal SALIFU a Jerry PK NINNONI. Bridging theory and practice in the supervisory relationship: a sociocultural perspective. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2001, 33(4), 512-522 [cit. 2020-11-13]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01683.x
28. WYNADEN, Dianne, Angelica ORB, Sunita MCGOWAN a Jill DOWNIE. Are universities preparing nurses to meet the challenges posed by the Australian mental health care system?: a sociocultural perspective. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* [online]. 2000, 9(3), 138-146 [cit. 2020-11-13]. ISSN 1324-3780. Dostupné z: doi:10.1046/j.1440-0979.2000.00175.x
29. YANG, Wan-Ping, Co-Shi Chantal CHAO, Wei-Shu LAI, Ching-Huey CHEN, Ya Lan SHIH a Ge-lin CHIU. Building a bridge for nursing education and clinical care in Taiwan — Using

action research and Confucian tradition to close the gap: a sociocultural perspective. *Nurse Education Today* [online]. 2013, 33(3), 199-204 [cit. 2020-11-13]. ISSN 02606917. Dostupné z: doi:10.1016/j.nedt.2012.02.016

Kontaktní údaje

Bc. Tereza Chrátová
Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií
Husova 664/11, 301 00 Plzeň
Tel: +420 724 307 765
e-mail: chrastov@students.zcu.cz

SATURACE POTŘEBY JISTOTY A BEZPEČÍ U KLIENTŮ V DOMOVECH PRO SENIORY

SATURATION OF THE NEEDS FOR SECURITY AND SAFETY OF CLIENTS IN HOMES FOR SENIORS

Bc. Vendula Kacerovská – PhDr. Mgr. Jitka Krocová

Abstrakt

Problematika stárnutí, stáří a život seniorů je jeden ze základních aspektů ovlivňujících chod celé společnosti. Proto se tato problematika stává stále diskutabilnější. Statistická data poukazují na stále se snižující porodnost a nepoměrný nárůst seniorské populace (Dvořáčková, 2012, s.7). Populace stárne, a proto je nezbytné se touto problematikou zabývat a hovořit o ní, aby se dostala ji do povědomí celé společnosti.

Cílem této práce je zjistit jaké jsou potřeby jistoty a bezpečí u seniorů v domově pro seniory a jak jsou následně saturovány.

V teoretické části bude popsána klasifikace potřeb seniorů a charakterizována potřeba jistoty a bezpečí. Věnovat se budu pobytu seniora v novém prostředí v domově pro seniory, což je v seniorském věku významný životní mezník.

Pro empirickou část jsme zvolili kvalitativní výzkumné šetření pomocí polostrukturovaného rozhovoru se seniory. Je obecně známé, že se senioři velice špatně a dlouho adaptují na nové prostředí, což ještě umocňuje jejich pokročilý věk, nesamostatnost a často také dezorientovanost a pokročilá demence. Ošetrovatelský personál přistupuje k seniorům s ochotou, profesionálně, ale hodně rutinně a pozapomíná na individualitu potřeb u tak křehké skupiny, jakou jsou právě senioři (Haškovcová, 2010, s.252). Z vlastní praxe vím, že jsou fyziologické potřeby nejen prioritní, ale nezřídka jediné, které jsou saturovány. Domníváme se, že ošetroující personál nevěnuje dostatek času psychosociální anamnéze, a proto jsme navrhli vytvořit adaptační dotazník, který bude sloužit ošetrojícímu personálu k zmapování a identifikaci potřeb jistoty a bezpečí u jednotlivých seniorů a bude zohledňovat individuální potřeby každého seniora a tím i šetrnější integraci na nové prostředí.

Klíčová slova: bezpečí, jistota, senior, potřeba, stáří

Abstract

The issue of aging, old age and the life of seniors is one of the basic aspects influencing the functioning of the whole society. Therefore, this issue is becoming increasingly debatable. Current statistical data point to an ever-decreasing birth rate and a disproportionate increase in the senior population (Dvořáčková, 2012, p.7). The population is aging, and therefore it is necessary to address this issue and talk about it in order to make it known to the whole society.

The aim of this work is to find out what are the needs of security and safety of seniors in a home for the elderly and how they are subsequently saturated.

The theoretical part will describe the classification of the needs of seniors and characterize the need for security and safety. I will focus on the adaptation of a senior to a new environment in a home for the elderly, which is a significant milestone in senior age.

For the empirical part, we chose a qualitative research survey using the method of semi-structured interview with seniors. It is generally known that seniors adapt very poorly and for a long time to the new environment, which is exacerbated by their advanced age, independence and often also disorientation and advanced dementia. The nursing staff treats seniors willingly, professionally, but very routinely, forgetting the individual needs of such a fragile group as seniors (Haškovcová, 2010, s.252). I know from my own practice that physiological needs are not only a priority, but often the only ones that are saturated. We believe that nursing staff do not devote enough time to psychosocial history, and therefore we proposed to create an adaptation questionnaire that will serve nursing staff to map and identify needs. security and safety of individual seniors and will take into account the individual needs of each senior and thus a more gentle integration into the new environment.

Key words: *safety, security, senior, need, old age*

1 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretické část se věnuje seniorům, jako cílové skupině výzkumu. Popisuje podrobně proces stárnutí, mění se sociální postavení stárnoucího člověka a vnímání okolí vůči stárnoucímu člověku. Přehledně zpracovávám problematiku stáří a problémy spojené s procesem stárnutí, ale i nové možnosti a pozitiva, které seniorský věk také přináší. Zajistit seniorovi potřebu jistoty a bezpečí je nejdůležitější úkol každého zdravotníka. Je to základní potřeba, která musí být naplněna, jinak se senior uzavírá do sebe, prožívá hněv, strach, úzkost a nespolupracuje.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část je zaměřená na uspokojování potřeb jistoty a bezpečí v domovech pro seniory. Výzkumné šetření bude provedeno kvalitativní metodou pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Zaměřila jsem se na seniory, kteří nejsou v důsledku pokročilé demence schopni již pobývat v domácím prostředí a potřebují všestrannou péči domova pro seniory. Pomocí rozhovorů budu zkoumat, jak tento fakt senioři přijímají, navzdory mnoha omezením, jako je ztráta soběstačnosti, pocitu bezpečí, kontaktu s partnerem, které toto přemístění může přinášet. Zaměřujeme se na navazování nových sociálních kontaktů, prevenci izolace, na respektování potřeb a přání, na kulturní vyžití a vnitřní obohacování.

3 METODOLOGIE

- **Cíl výzkumu**

Cílem diplomové práce je zjistit jaké jsou potřeby jistoty a bezpečí u seniorů v domově pro seniory a zda jsou adekvátně naplňovány.

- **Výzkumné otázky**

Jaké potřeby bezpečí a jistoty mají senioři v domově pro seniory?

Jak vnímá senior změnu prostředí?

Jaká je schopnost adaptability na nové prostředí?

- **Charakteristika sledovaného suoboru**

Výzkumný soubor bude tvořit 10 seniorů ve věku 75 až 90 let, kteří nepobývají v domově pro seniory déle než pět let. Při rozhovoru se seniory budu zjišťovat, jak se cítí, co prožívají a zda navázali nové kontakty.

- **Analýza a interpretace dat**

Po sběru dat, které budu provádět pomocí polostrukturovaných rozhovorů přistoupím k samotné analýze. Nasbíraná data budu analyzovat pomocí otevřeného kódování. Získané nahrané rozhovory přepíši do podoby textu a budu v nich hledat významové podobnosti. Těmto podobným slovům nebo frázím následně přiřadím kódy podle smyslu dané zkoumané oblasti. Na základě analýzy výsledků vyvodím závěr, zda je potřeba bezpečí a jistoty u seniorů individuální a zda je dostatečně naplňována.

ZÁVĚR

Smyslem diplomové práce bude zjistit, zda jsou dostatečně naplňovány potřeby jistoty a bezpečí u seniorů v domovech pro seniory. Člověk je bytost bio-psycho-sociální a spirituální. S prodlužující se délkou života nabývá na významu zkoumání v těchto čtyřech jmenovaných rovinách. Stáří je obdobím bilancování uplynulého života a jeho přijetí se vším pozitivním i negativním. V důsledku snížení kognitivních schopností se může u mnoho lidí objevit pocit zklamání, opuštěnosti, zbytečnosti a marnosti života (Dvořáčková, 2013, s. 7). Pokud pro seniora není možné nebo bezpečné žít v domácím prostředí, je postaven před velmi náročné rozhodnutí, a to strávit zbytek svého života v ústavním zařízení. V tomto novém prostředí musí najít nové kontakty a přizpůsobit se tamním podmínkám.

Každý člověk má potřeby různého druhu a je třeba je hierarchizovat podle naléhavosti, protože vždy nelze uspokojit všechny a už vůbec ne najednou (Haškovcová, 2010, s. 252). Seniorům je třeba zajistit jak fyziologické potřeby, tak i psychosociální potřeby týkající se pocitu bezpečí a jistoty. Saturací těchto potřeb se budu podrobně zabývat v mé diplomové práci.

Použitá literatura

1. COOK, Michael, KUMLEHN, Martina. *Lebensqualität im Alter*. 1. Auflage. Verlag: Kohlhammer, 2013. 220 s. ISBN 978-3-17-023475-8.
2. ČEVELA, Rostislav a kol. *Sociální gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2014. 238 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
3. DIENSTBIER, Zdeněk, PROCHÁZKOVÁ, Zdeňka. *Ó, sladké stáří*. 1. vydání. Praha: Radix, spol. sro., 2011. 176 s. ISBN 978-80-87573-00-6.
4. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přepracované a doplněné. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie aneb Seniori mezi námi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2012. 195 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
7. HROZENSKÁ, Martina, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
8. JANEČKOVÁ, Hana, VACKOVÁ, Marie. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. 152 s. ISBN 978-807-3675-813.

9. KOZÁKOVÁ, Radka. *Základy obecné a vývojové psychologie pro studenty nelékařských zdravotnických oborů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. 106 s. ISBN 978-80-244-4259-4.
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. 144 s. ISBN 978-802-4736-044.
11. LIKAR, Rudolf. *Etische Herausforderungen des Alters*. 1. Auflage. Verlag: Kohlhammer, 2019. 471s. ISBN 978-3-17-034226-2.
12. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v bytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-802-4731-483.
13. NOVOTNÁ, Lenka; HŘÍCHOVÁ, Miloslava; MIŇHOVÁ, Jana. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Plzeň: ZČU, 2012. 84 s. ISBN 978-80-261-0115-4.
14. ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011. 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.
15. PAPENKORDT, Uwe. *Praxiswissen Geriatrie: Ältere Menschen Multiprofessionell Begleiten*. Verlag: Kohlhammer, 2019. 280 s. ISBN 978-3-17-033096-2.
16. POKORNÁ, Andrea a kol. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
17. POLEDNÍKOVÁ, Ľubica. *Ošetrovatel'ský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. Vyd. 1. Martin: Osveta, 2013. 223 s. ISBN 978-80-8063-410-0.
18. PRŮCHA, Jan, VETEŠKA, Jaroslav. *Andragogický slovník*. Praha: Grada, 2012, 296 s. ISBN 978-802-4739-601.
19. ROSENBERG, Martina. *Mutter, wann stirbst du endlich?*. Verlag: Blanvalet, 2012. 256 s. ISBN 978-3-76-450468-7.
20. ŠRAMO, Ján. *Příprava na stáří*. Praha: Občanské sdružení Melius, 2012. 192 s. ISBN 978-80-87638-00-2.
21. THIESEMANN, Rüdiger. *Mit älteren Menschen kommunizieren*. 1. Auflage. Verlag: Kohlhammer, 2018. 125 s. ISBN 978-3-17-033007-8.

Kontaktní údaj

Vendula Kacerovská
 Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií
 Husova 11, 306 19 Plzeň
 Tel: 605 702 046
 e-mail: vendy.kace@seznam.cz

POTŘEBA JISTOTY A BEZPEČÍ V SOUVISLOSTI S PLÁNOVANÝM OPERAČNÍM VÝKONEM

THE NEED FOR SECURITY AND SAFETY IN RELATION TO THE PLANNED SURGICAL INTERVENTION

Bc. Jaroslava Kohoutová – PhDr. Petra Bejvančická

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá problematikou uspokojování potřeby jistoty a bezpečí v souvislosti s plánovaným operačním výkonem. Operace vždy nějakým způsobem ovlivní všechny pacientovy potřeby. Informace a komunikace jsou nejdůležitější oblasti, které pacient potřebuje pro co největší pocit jistoty a bezpečí. Všeobecná sestra má proto klíčovou roli. Teoretická část diplomové práce je věnována potřebám pacientů se zaměřením na potřebu jistoty a bezpečí v ošetrovatelském procesu. Popisuje problematiku operačního výkonu ze strany ošetrovatelské péče. Dále krátce rozebírá pojem kultura bezpečí ve zdravotnictví. Zmiňuje významné dokumenty ohledně jistoty a bezpečí. Praktická část diplomové práce poskytuje informace o subjektivních pocitech pacientů během hospitalizace. Současně ukazuje z pohledu pacienta, jak je potřeba jistoty a bezpečí uspokojována sestrami prakticky. Na základě výzkumného šetření, které je provedeno metodou kvalitativního výzkumu, s využitím hloubkového rozhovorů, se hledají eventuelní nedostatky v uspokojování těchto potřeb. Data z provedeného výzkumu jsou podrobena obsahové analýze. Následuje návrh praktického výstupu.

Klíčová slova: *potřeby, jistota, bezpečí, operace, pacient, všeobecná sestra*

Abstract

The Diploma thesis deals with the issues of patient's security and safety needs in the context of a planned surgery procedure. The surgery procedure always somehow influences the patient's needs. The information and communication are the two most important parts of the patient's needs to feel the highest possible sense of security and safety. A general nurse plays the key role. The theoretical part of the Diploma thesis is dedicated to the needs of patients with a focus on certainty and security needs during the nursing procedure. This part of the thesis describes the issues of a surgery during the nursing care. Furthermore, it describes the safety standards in a healthcare system and mentions safety documents. The practical part provides information about subjective feelings of the patients during their stay in a hospital. This part also shows how well are these requirements fulfilled from the patients' point of view. A research investigation is made using the method of qualitative research using a deep talk conversation to discover any issues in seeing to those needs. This data is then subjected to a large volume analysis, followed by a practical outcome.

Key words: *needs, certainty, safety, surgery, patient, general nurse*

1 Úvod

Některá onemocnění se nemohou léčit konzervativně a pacient musí podstoupit operační výkon. I když je operace naplánovaná, může dojít k narušení potřeby jistoty a bezpečí u pacienta. Člověk se nachází v neznámém prostředí, je mezi neznámými

lidmi. Chybí mu rodina, jeho blízcí, často je bez informací, a to v něm vyvolává obavy. A všeobecná sestra je právě tou osobou, která dokáže zajistit, aby se nemocný cítil jistě a bezpečně.

1.1 Výběr tématu

Téma kvalifikační práce bylo vyhlášeno FZS ZČU/ KOS. Důvodem volby daného tématu byl můj osobní a profesní zájem. Pohybuji se ve zdravotnictví přes pětadvacet let a za dobu mé praxe si všímám změny v přístupu ošetrovatelského personálu, ale i samotných pacientů v této problematice. Domnívám se, že můžu přispět svým názorem a svou osobní zkušeností všeobecné sestry s dlouholetou praxí.

1.2 Aktuálnost

Potřeba jistoty a bezpečí úzce souvisí s holistickým pojetím vnímání ošetrovatelské péče. Z tohoto důvodu je třeba se zabírat i vlivem prostředí na celkový zdravotní stav pacienta. Hodně zmiňovaným pojmem je proto tzv. kultura bezpečí. Tento fenomén souvisí s hodnocením celkové kvality péče ve zdravotnictví. Dnes se obrovským způsobem stupňuje tlak médií, plátců, politiků i samotných pacientů na kvalitu ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních. A to představuje aktuální problém současnosti. Zabýváme se tedy současným stavem řešení a nevyřešenými otázkami.

1.3 Teoretická východiska

V diplomové práci jsou podrobně popsána teoretická východiska. Jsou vysvětleny pojmy: lidské potřeby, potřeba jistoty a bezpečí, kultura bezpečí, operační výkon, komunikace, dále jsou zmíněny důležité dokumenty v ČR a ve světě. Je uvedeno několik zahraničních výzkumů na vnímání potřeby jistoty a bezpečí. Potřeby jedince jsou v kvalifikační práci hodnoceny z hlediska ošetrovatelství.

2 Teoretická část

2.1 Cíl diplomové práce

V práci jsou jasně definované cíle. Na základě výzkumného problému bude cílem diplomové práce zjistit, jakým způsobem plánovaný operační výkon ovlivňuje pacientovu potřebu jistoty a bezpečí.

2.2 Klíčová slova

Bylo vyhledáno pět klíčových slov vztahujících se k tématu diplomové práce. Slova jsou uvedena v českém i anglickém jazyce. Pomocí klíčových slov se vyhledávaly vhodné zdroje. E- informační zdroje jsou dohledány z databáze Aleph, Medvic, ProQuest, Ebsco. Dále byla provedena na dané téma rešerše v Studijní a vědecké knihovně Plzeňského kraje.

3 Empirická část

3.1 Cíl práce

Byl stanoven hlavní cíl empirické části.

Zjistit jak plánovaný operační výkon ovlivňuje pacientovu potřebu jistoty a bezpečí.

3.2 Dílčí cíle

Dále byly určeny dílčí cíle.

1. Zjistit priority pacienta pro jeho uspokojení v oblasti PJB v souvislosti s operačním výkonem.
2. Zjistit jak sestry zajišťují pacientovu PJB.
3. Hledat eventuelní nedostatky v uspokojování PJB u pacientů v souvislosti s plánovaným operačním výkonem.

Rozhovory- vlastní seznam otázek, 10 oblastí PJB

3.3 Návrhy výzkumných otázek (QUAL)

V kvalitativním výzkumu se navrhuje tzv. výzkumné otázky. Takový druh výzkumu se používá tam, kde nestačí kvantitativní metoda. Pracuje s malým vzorkem respondentů. Má za cíl hlubší porozumění zkoumané skutečnosti, konkrétněji problém dokáže popsat. Obvykle se provádí osobně, formou rozhovorů. Je méně strukturovaný než kvantitativní výzkum. Je ovšem pro výzkumníka časově náročný. Používá logickou indukci jako způsob úsudku. Znamená to úsudek směřující od jednotlivého k obecnému. Nedá se ovšem zobecňovat zcela ve všem. Během kvalitativního výzkumu je výzkumník přítomen „uvnitř“.

V praktické části diplomové práce jsou připraveny návrhy výzkumných otázek. Dotazy směřují k pacientkám po operačním výkonu v období 11/2020- 2/2020.

1. Z čeho mají pacientky v souvislosti s plánovaným operačním výkonem největší obavy?
2. Jak jsou zde sestrami satureovány potřeby v oblasti PJB ?
3. Co zde pacientkám nejvíce chybí pro úplné naplnění své PJB?
4. Co nejvíce ovlivňuje celkovou saturaci PJB?

Pomocí výzkumných otázek se hodnotí psychický stav před operací (pocity, obavy, svěření se). Dále je důležité zjišťovat pacientovy zkušenosti v minulosti a ty se porovnávají s novou situací. Důležitým faktorem, co ovlivňuje celkovou saturaci PJB jsou informace. Je to zejména druh informací a pocity z informací. Velký vliv na PJB má veškerý zdravotnický personál, prostředí a i vlastní osobní život pacienta. Klíčovými rolí jsou všeobecné sestry nebo porodní asistentky, celkový přístup k ošetrovatelské péči, komunikace. Hledají se vhodná doporučení pro to, aby měli pacienti co nejlepší pocit jistoty a bezpečí. V kategorii intimita se hodnotí pacientovo vnímání i vlastní zajištění intimity.

3.4 Metodika práce

Design výzkumu se definuje jako jako plán výzkumu, popis postupu, organizace a užití metody po sestavení výzkumného problému.

Pro zjišťování problematiky potřeby jistoty a bezpečí v souvislosti s plánovaným operačním výkonem byl zvolen kvalitativní výzkum. Sběr dat bude probíhat osobně formou rozhovoru.

3.5 Výzkumný soubor

Byla nastavena kritéria pro výzkumný soubor. Soubor bude tvořit celkem osm respondentů. Výzkumná skupina je osm pacientek, budou různého věku, budou se lišit vzděláním, druhem a závažností operačního výkonu. Pacientky budou cíleně vybrány z FN Plzeň. Z pracovních a osobních důvodů bude vybráno pooperační oddělení GIB GPK.

3.6 Organizace výzkumu

Výzkum bude probíhat osobně formou rozhovorů. Technikou sběru dat je polostrukturovaný rozhovor s pomocí otevřených otázek. Respondentům bude poskytnuto soukromí. Rozhovor se povede ve dnech po provedeném operačním výkonu, v období stabilizace zdravotního stavu. Pacienti budou bez akutní bolesti. Rozhovory se budou se souhlasem respondentů nahrávat na osobní mobilní telefon. V diplomové práci bude přiložen předem schválený souhlas daného pracoviště s podmínkami schválení.

3.7 Zpracování dat

Data se v práci interpretují z pohledu pacientek. Pro výzkumné šetření je použita metoda kvalitativního výzkumu. Využívá se hloubkový, poplostrukturovaný rozhovor. Jsou kladeny výzkumné otázky pro pacientky. Otázky jsou předem připravené, otevřené, doplněné dotazováním. Jednotlivé rozhovory jsou doslovně přepsány do textové podoby. Rozhovory jsou následně vytištěny. Jsou podrobeny obsahové analýze dat otevřeným kódováním-metodou papír a tužka.

Metoda kódování se váže k prvnímu průchodu textem. Cílem této fáze je tematické rozkrytí analyzovaného textu. Výzkumník si všímá témat a přiřazuje jim kódy, může kódovat jednotlivá slova, věty nebo odstavce. Kódy volí tak, aby zahrnovaly konkrétní jevy v textu do obecnějších konceptů.

V tomto případě se postupuje tak, že z rozhovorů jsou vyhledávána slovní spojení. Jsou vytvořeny kategorie a podkategorie. Označení respondenta je R1 až R8. Označí se řádek v textu rozhovoru a to např. 1 až 30. Z rozhovorů jsou vyhledávána slovní spojení. Termíny z podkategorií jsou označeny pro přehlednost jinou barvou. Každá podkategorie uvádí nejčastější vyjádření respondentů s číselným odkazem. Lze tak jednoduše v textu hledat a citovat.

Závěr

V závěru diplomové práce se celkově zhodnotí průběh a tvorba práce. Objasňuje teoretická východiska, cíl práce. Hodnotí se, co se podařilo, co nepodařilo. Dává návod praktických výstupů. Návrh následuje po analýze výsledků z provedeného výzkumu. Předpokládá se, že v tomto případě bude výstupem seminář pro sestry na daném oddělení. Sestry si tak mohou prakticky nacvičit situace ohledně PJB a terapeutický rozhovor s pacientem.

Použitá literatura

1. ALQATTAN, Hamad, MORRISON, Zoe a CLELAND, Jennifer A. A Narrative Synthesis of Qualitative Studies Conducted to Assess Patient Safety Culture in Hospital Settings. Sultan Qaboos University Medical Journal. 2019, vol. 19, no. 2, e91-e98. ISSN 2075-051X.
2. DEKKER - van DOORN, Connie et al. *Adaptive design: adaptation and adoption of patient safety practices in daily routines, a multi-site study*. BMC Health Services Research. 2020, vol. 20, no. 1, s. 1-13. ISSN 1472-6963.
3. DINIUS, Julia et al. Inter-professional teamwork and its association with patient safety in German hospitals—A cross sectional study. PLoS ONE. 2020, vol. 15, no. 5, s. 1-15. ISSN 1932-6203.
4. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

5. KUTSCHER, P., Patric. *Kommunikation-erfolgsmfaktor in der medicin*. 2. ausflage. Heidelberg: Springer-verlag. Berlin, 2017. 144 s. ISBN 987-3-662-53318-5.
6. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetřovatelská diagnostika: v moderní ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. 192 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5376-8.
7. MZČR: *Rezortní bezpečnostní cíle* [online]. 28. 3. 2013 [cit. 28. 10. 2020]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/resortni-bezpecnostni-cile/>
8. PLEVOVÁ, Ilona. A kol. *Ošetřovatelství II*. 2. vyd. Praha: Grada, 2019. 200 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
9. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. Perioperační péče. Praha: Grada, 2014. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
10. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. Příručka k osnově o bezpečí pacientů: multiprofesní edice [online]. Ženeva: Světová zdravotnická organizace, 2011 [cit. 15. 9. 2020]. 271 s. ISBN 978-92-4-150195-8. Dostupné z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_cze.pdf.
11. ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 134 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3223-7.
12. ŠKRLA, Petr., Magda, ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
13. Škrla, Petr. Transformace nemocničního prostředí – globální trend. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra-priloha/transformace-nemocnicniho-prostredi-globalni-trend-346024>.
14. ŠVARÍČEK, Roman, Klára ŠEĎOVÁ et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portal, 2014, 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
15. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vyd. 4. rozšířené. Brno: NCO NZO, 2018, 261 stran, ISBN 978-80-7013-590-7.
16. VÖRÖSOVÁ, Gabriela., Andrea, SOLGAJOVÁ, Alexandra, ARCHALOUSOVÁ. *Ošetřovatelská diagnostika v práci sestry*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2015. 208 s. ISBN 978-80-247-5927-2(e-Pub).

Bc. Jaroslava Kohoutová
 Útušice 30
 Štěnovice
 332 09
 Tel: 728 533 183
 e-mail: karel210@zcu.cz

MONITOROVÁNÍ KREVNIHO TLAKU V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

HOME BLOOD PRESSURE MONITORING

Bc. Vlasta Kriegelsteinová – PhDr. Jiří Frei, Ph.D.

Abstrakt

Monitorování krevního tlaku v domácím prostředí patří mezi populární metody diagnostiky a kontroly průběhu léčby arteriální hypertenze. Pozitivní význam zaujímá při diagnostice maskované hypertenze a hypertenze bílého pláště. V roce 2013 vydala Evropská kardiologická společnost a Evropská společnost pro hypertenzi dokument, který zahrnuje doporučení pro domácí měření krevního tlaku. Hodnota krevního tlaku je důležitá veličina, která je závislá na řadě vnějších a vnitřních faktorů. Je ovlivněna fyzickou i psychickou zátěží a mění se v průběhu dne a noci. Domácí měření tlaku zapojuje nemocné do léčby a zvyšuje jejich spolupráci. Některým pacientům pomáhá domácí měření v pocitu zapojení se do léčby a dobré výsledky v něm vzbuzují důvěru pro správný postup léčby. Pro mnoho pacientů je obtížné dodržovat nefarmakologická doporučení a léčbu. Důležitý je psychologický přístup k pacientovi a opakovaná edukace.

Klíčová slova - *adherence, diagnosa, diastola, edukace, hypertenze, léčba, monitorování, systola, pacient, tonometr, zapojení*

Abstract

Home blood pressure monitoring belongs to popular methods of diagnosis and also as a control of progress during treatment of hypertension. Positive meaning has during diagnosis of masked hypertension and white coat syndrome. In 2013 European cardiological society and European society for hypertension published document which contains recommendation for home blood pressure monitoring. Blood pressure value it's important quantity, which is dependent on a lot of external and internal factors. This value it's affected by physical and mental strain and changes during day and night. Home blood pressure monitoring involves patients to treatment and by this increase their cooperation. Feeling of incorporation and good results of treatment in some patients evoke feeling that this treatment it's useful. For many patients it's difficult abide non-pharmacological recommendation and treatment. Very important is psychological approach and repeated education.

Key words - *adherence, diagnosis, diastole, education, hypertension, treatment, monitoring, systole, patient, tonometer, participation*

1 Arteriální hypertenze

Arteriální hypertenze patří mezi civilizační onemocnění a je rizikovým faktorem řady onemocnění, zejména infarktu myokardu, cévní mozkové příhody, ischemické choroby dolních končetin. Je nezbytná vhodná léčba a adherence pacienta. Podpora vlastního zdraví a zapojení se do léčby zahrnuje znalost a dodržování zásad měření krevního tlaku. Neinvazivní měření tlaku je důležitou součástí vyšetření pacienta (Intervenční a akutní kardiologie, 2015).

1.1 Prevalence

Prevalence arteriální hypertenze se v České republice u osob ve věku 25–64 let pohybuje okolo 40 %. Nejvíce ve věku 55–64 let, častěji u mužů.

1.2 Léčba

Kontrola a léčba arteriální hypertenze je i přes současné možnosti a dostupnost léčby nedostatečná, a to nejen v České republice, ale v celé západní Evropě. Nedosažení cílových hodnot často způsobí malá adherence k režimovým opatřením, nedodržování farmakologické léčby nebo špatná diagnostika. Důležitá je technika měření tlaku, využití ambulantní monitorace krevního tlaku – *Ambulatory Blood Pressure Monitoring* (ABPM) a domácí měření tlaku – *Home Blood Pressure Monitoring* (HBPM). V diagnostice je třeba se zaměřit na sekundární hypertenzi, kde lze zjistit a často odstranit příčinu. Častá je nespolupráce pacienta, zejména v režimových doporučeních. Pacienta je nutné edukovat ohledně onemocnění, komplikací a nutnosti dodržování všech doporučení, zařadit psychologický přístup a za každou snahu a pokrok pochválit. Mezi velké problémy pacientů patří snížení vysokého příjmu soli, zařazení přiměřené aktivity, zbavení se zlovyku kouření a stravování se dle zásad zdravého životního stylu. (1)

1.3 Diagnostika

Diagnostika hypertenze byla původně založena na měření tlaku v ordinaci, tzv. tlak kauzální. Od 60. let minulého století byl zahájen výzkum neinvazivního monitorování tlaku a metoda 24hodinového ambulantního monitorování. Domácí měření se rozvinulo poté, co se na trhu objevily dostupné tonometry měřící na oscilometrickém principu. Pozitivní význam zaujímá při diagnostice maskované hypertenze a hypertenze bílého pláště. V roce 2013 vydala Evropská kardiologická společnost a Evropská společnost pro hypertenzi dokument, který zahrnuje doporučení pro domácí měření krevního tlaku (trendy XIII, Jan Filipovský, kapitola Maskovaná hypertenze).

1.4 Hypertenze bílého pláště

Stav, kdy je hodnota tlaku v ordinaci zvýšená a doma normální, byl nazván hypertenzí bílého pláště. (white-coat hypertension, WCH). Tento stav je častější než maskovaná hypertenze a má jasné vysvětlení. Jde o alarmovou reakci na měření tlaku v ordinaci. Opačný stav je nazván maskovanou hypertenzí (MH). Je definován tlakem v ordinaci nižším než hodnota 140/90 a mimo ordinaci průměrově vyšší. Častěji se vyskytuje u mužů ve věku 30 – 50 let. Největším problémem je její diagnostika. Je spojena s rizikem rozvoje kardiovaskulárního onemocnění, a proto je její vyhledávání důležité. (Jiří Widimský jr. a kolektiv, 2015, str. 71–77; trendy XIII, Jan Filipovský, kapitola Maskovaná hypertenze)

Hodnota krevního tlaku je důležitá veličina, která je závislá na řadě vnějších a vnitřních faktorů. Je ovlivněna fyzickou i psychickou zátěží a mění se v průběhu dne a noci. Domácí měření tlaku zapojuje nemocné do léčby a zvyšuje jejich spolupráci. Některým pacientům pomáhá domácí měření v pocitu zapojení se do léčby a dobré výsledky v nich vzbuzují důvěru ve správný postup léčby. (1)

2 Měření krevního tlaku v domácím prostředí

Publikované hypertenzní doporučení (Williams 2018, Whelton 2018, Česká doporučení z roku 2017, Widimský 2017) uvádí domácí monitoraci krevního tlaku

(HBPM – Home Blood Pressure Monitoring) jako nezbytnou pro potvrzení a kontrolu hypertenze. Zejména u pacientů s hraničními hodnotami.

Pro správné využití HBPM je nezbytná edukace zahrnující výběr tonometru, instruktáž o samotném měření a variabilitě krevního tlaku. Samozřejmostí je seznámení pacienta s onemocněním arteriální hypertenze, léčbou a faktory ovlivňujícími hodnotu tlaku. Pacient je seznámen, jak data zapisovat. Pacient musí být upozorněn, že si sám léčbu na základě naměřených hodnot nemůže upravovat. Má-li lékař důvěru v hodnoty HBPM, je ochoten na základě tohoto měření měnit strategii léčby (Liyana-Don, 2019).

HBPM je zásadní metodou diagnostiky maskované hypertenze a hypertenze bílého pláště. Zlepšuje kontrolu léčby hypertenze a vede nemocného k vyššímu zájmu o léčbu. Nezbytností je edukace, aby nedocházelo k chybám monitoringu vlivem nepřesných zařízení, zadržováním informací ze strany pacienta, případně nezaznamenáváním naměřených hodnot nebo chybějící zpětnou vazbou. Nepřesné hodnoty nebo nesprávná interpretace mohou vést k úzkostem pacienta, špatné diagnostice nebo léčbě kvůli falešně vysokému výsledku nebo naopak k léčbě nedostatečné (5).

HBPM patří mezi relativně levné metody, které snižují náklady na zdravotní péči. Pacienty je dobře snášena a její používání je spojeno s vyšší adherencí k léčbě a lepším zapojením pacienta. Prahová hodnota při domácím měření tlaku je stanovena na hodnotu tlaku 135/85 mmHg a více (průměr měření) (6).

V budoucnosti bude docházet k uplatnění telemetrie, kdy budou hodnoty HBPM automaticky přenášeny do informačního systému ošetřujícího lékaře (McManus, 2018).

Zdroje

1. **Sovová, Eliška, Markéta Sovová a Lenka Štégnerová.** Jak, kdy a čím měřit krevní tlak – novinky. *Medicína pro praxi*. 2015, 12(4), 197-200 s. ISSN 1214-8687.
2. **Doupalová, Pavla, Jan Chrastina a Jan Václavík.** Neinvazivní měření krevního tlaku u hypertenzních pacientů. *Intervenční a akutní kardiologie*. 2015, 14 (2), 70-73 s. ISSN.
3. **Widimský, Jiří jr. a kolektiv.** Arteriální hypertenze – současné klinické trendy XIII. Praha, 2015. 191 s. ISBN 978-80-7387-883-2. *Jan Filipovský, kapitola Maskovaná hypertenze*.
4. **Widimský, Jiří a kolektiv.** *Hypertenze*, 5. Vydání. Maxdorf, 2019. 553 s. ISBN 978-80-7345-621-4.
5. **Fu, Sau Nga, Man Chi Dao, Carlos King Ho Wong a Bernard Man Yung Cheung.** The Association of Health Literacy with High-Quality Home Blood Pressure Monitoring for Hypertensive Patients in Outpatient Settings. *International Journal of Hypertension* [online]. 2020, 1–15 [cit. 2020-10-19]. ISSN 20900384. Dostupné z: doi:10.1155/2020/7502468.
6. **McGrath, Barry P.** Home monitoring of blood pressure. *Australian Prescriber* [online]. 2015, 38(1), 16-19 [cit. 2020-10-19]. ISSN 03128008. Dostupné z: doi:10.18773/austprescr.2015.005.

PSYCHOSOCIÁLNÍ DOPAD NA NELÉKAŘSKÝ ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL PRACUJÍCÍ S PACIENTY S ONEMOCNĚNÍM COVID-19

PSYCHOSOCIAL IMPACT ON PARAMEDICAL PROFESSIONALS WORKING WITH PATIENTS WITH COVID- 19

Bc. Veronika Nikodýmová – MUDr. Josef Škola, EDIC

Abstrakt

K 19. 11. 2020 je v nemocnicích hospitalizováno přes 6 500 pacientů s onemocněním covid-19. 95 500 je aktuálně pozitivních, tedy cca 7% z celkového počtu nemocných je nyní v nemocnicích. K 19. 11. 2020 zemřelo 6874 lidí což je 1,4% z celkového počtu potvrzených případů. Cílem empirické části DP je pomocí anonymního dotazníku zjistit, jakým způsobem a jakou měrou má tato práce vliv na psychosociální zdraví nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících na uzavřených ARO a JIP odděleních pro dospělé covid-19 pozitivní pacienty. Obsahem teoretické části je onemocnění covid-19, jeho epidemiologie, klinický obraz, diagnostika, terapie a léčba. Dále je to kapitola o koronaviru jako náročné životní situaci do které patří témata jako frustrace, deprivace, konflikty, stres a krize.

Klíčová slova: Covid-19, koronavirus, SARS-CoV-2, pandemie, náročné životní situace, krize, stres, konflikty, deprivace, frustrace

Abstract

As of 19 November 2020, over 6,500 patients with covid-19 were hospitalized in hospitals. 95,500 are currently positive, ie about 7% of the total number of patients are now in hospitals. As of 19 November 2020, 6874 people had died, which is 1.4% of the total number of confirmed cases. The aim of the empirical part of the thesis is to use an anonymous questionnaire to find out how and to what extent this work has an impact on the psychosocial health of non-medical health professionals working in closed ARO and ICU wards for adult covid-19 positive patients. The content of the theoretical part is the disease covid-19, its epidemiology, clinical picture, diagnosis, therapy and treatment. It is also a chapter on coronavirus as a challenging life situation, which includes topics such as frustration, deprivation, conflict, stress and crisis.

Key words: Covid-19, coronavirus, SARS-CoV-2, pandemic, difficult life situations, crisis, stress, conflicts, deprivation, frustration

1 Psychosociální dopad na nelékařský zdravotnický personál pracující s pacienty s onemocněním covid-19

Lidé se formují v běžném každodenním životě a styku s ostatními. Běžný život ovšem zahrnuje více či méně zvláštní, zatěžkávající situace, které mají velký dopad na jeho zdraví a psychické vlastnosti. K těmto situacím se dá jistě zařadit nynější situace – život v pandemické době, která zasáhla každého z nás. Zdravotníky jako takové, určitě vyšší měrou, protože se nás netýká pouze obecně, jako ostatních, nýbrž

my, zdravotníci máme tuto situaci přímo před svými zraky, v realitě vidíme, jaké má zdravotní a propo sociální dopady na nemocné.

1.1 Teoretická část práce

Závažné jevy v životě, které mají společné znaky, jsou souhrnně označovány jako náročné životní situace, mezi které patří konflikt, frustrace, stres a deprivace. Mezi náročnou životní situací se dá jistě považovat život ve virové pandemii, kterou nyní všichni zažíváme. V teoretické části se zabýváme osobností jedince a prožíváním náročných situací, jejich následky a prevencí. Pozitivně působící situace nás motivují, posouvají nás, pomáhají nám řešit nové potíže a zlepšují naše kognitivní vlastnosti. Negativně působící situace vyvolávají negativní emoce, které mají za následek tělesné i psychické zdravotní potíže. Díky tomu lze tyto situace dobře diagnostikovat. Toho jsme využili v našem dotazníkovém šetření v empirické části diplomové práce.

Covid-19 je koronavirus nově objevený v čínském Wu-chanu v prosinci 2019. Zdrojem nákazy je pouze člověk. Přenos se děje kapénkami - aerosolem z dýchacích cest infikované osoby. Rukama lze virus zanést dotykem do očí, nosu či úst. Virus může být přenesen již 2–5 dnů před vznikem příznaků a po dobu jejich trvání. U bezpříznakových nosičů byla prokázána stejně vysoká virová nálož jako u symptomatických pacientů. Významná část infikovaných (asi 10–50 %) nemá žádné klinické příznaky v době zjištění nákazy. Někteří mají přesto patologický nález na RTG plic. U ostatních se rozvinou nejčastěji tyto příznaky - horečka, kašel, rýma, dušnost. Celkovými a jinými příznaky jsou únava, malátnost, bolesti svalů, hlavy, ztráta chuti či chuti, nechutenství, nauzea, průjem. Většina infekcí probíhá mírně a nekomplikovaně. Asi 5 % osob vyžaduje nemocniční léčbu s oxygenoterapií, asi 1 % infikovaných musí být umístěno na lůžkách intenzivní péče. Základním opatřením ve zdravotnictví je vyhledávání a izolace osob se suspektní či potvrzenou infekcí SARS-CoV-2. K tomu slouží triážní místa při vstupu do zdravotnických zařízení, dotazníky a mobilní aplikace k posouzení rizika, vyplnění je podmínkou vstupu, osoby vyhodnocené jako rizikové jsou směřovány do COVID čekáren, COVID ambulancí a na COVID lůžka.

Pandemie Covid-19 je pro NZP náročnou životní situací, pro někoho může být i situací krizovou. Nikdo nás na ni nepřipravoval, učíme se „za chodu“ a jsme nuceni se jí přizpůsobovat. Pro většinu lidí zasahuje do jejich osobních a zdravotníky obzvlášť i pracovních životů. Je třeba nových režimů, uzpůsobení oddělení novým nárokům. Používání nových postupů v péči o pacienty covid-positivních, používání ochranných pomůcek, zvyšují se potřeby navýšení pracovníků ve zdravotnictví a další faktory, které mají možné dopady na psychosociální zdraví zdravotníků. Toto je hlavní náplní empirické části diplomové práce.

1.2 Empirická část práce

Onemocnění covid-19 je nové virové onemocnění, které se u nás objevilo v letošním roce. Má významný podíl na psychosociální zdraví zdravotníků, kteří pracují přímo na odděleních uzavřených pro covid-19 pozitivní dospělé pacienty? Toto je hlavní výzkumný problém této práce.

Cílem empirické části práce je zjistit pomocí dotazníku jakou měrou dopadá na nelékařské zdravotnické pracovníky práce na uzavřených odděleních pro covid+ dospělé pacienty na lůžkách ARO a JIP. Analyzovat budeme především stránku duševní/psychickou a sociální. Předpokládáme, že míra negativních dopadů bude u NZP pracujících na uzavřených covid+ odděleních vyšší než na ostatních odděleních.

Dále se budeme zabývat, zda má u pracovníků vliv vlastní negativní zkušenosti s nemocí, nebo samotné prodělání nemoci na psychosociální prožívání.

Zvolili jsme metodu kvantitativního výzkumu, kde jsme ke sběru empirických dat vybrali techniku anonymního dotazníku. V dotazníku jsme použili uzavřené otázky a numerickou škálu s verbálním projevem od 1 do 5, k vyjádření míry posuzovaného. Dále by jsme použili Meisnerův dotazník, který složí k hodnocení vlivů pracovní činnosti na psychiku pracovníků. Výzkumným souborem budou pouze nelékařští zdravotničtí pracovníci pracující v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem na odděleních ARO a JIP. Výzkum bude probíhat na odděleních ARO a JIP v Krajské zdravotní, a.s. Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem, o.z. Sběr dat bude probíhat od listopadu do prosince 2020. Před zahájením výzkumu byl proveden průzkum na 10 respondentech. Po schválení žádosti hlavní sestrou se sběrem dat, budou dále informovány vrchní a staniční sestry vybraných oddělení. Na každé z oddělení budu osobně poskytovat dotazníky v dostatečném množství podle počtu zaměstnanců. Cílený počet oslovených respondentů je přibližně 200. Běžnými statistickými metodami budou analyzovány základní skupiny respondentů rozdělené do skupin dle nezávislých proměnných. Závislé proměnné budou analyzovány odpovídající statistickou metodou dle distribuce dat.

Závěrem

Práce se zabývá dopadem pandemie COVID-19 na psychosociální zdraví nelékařských zdravotnických pracovníků jednotek intenzivní péče Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem. Pomocí dotazníkového šetření budeme analyzovat dopad na jednotlivé domény psychosociálního zdraví – somatickou, emoční a sociální. Výstupem pro praxi bude článek v odborném časopise.

Použitá literatura

1. BLAHUTKOVÁ, Marie, Eva MATĚJKOVÁ a Lucie PERIČKOVÁ. Psychologie zdraví: pro studenty bakalářských a magisterských oborů. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5417-2.
2. DLOUHÝ, Pavel et al.: COVID-19: diagnóza, terapie a prevence. Acta Medicinæ, 2020(8), 36-46. ISSN: 1805-398X.
3. KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
4. SAWICKI, Silvester, Iva WEDLICOVÁ a Otakar FLEISCHMANN. Osobnost jedince a náročná životní situace. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2008. ISBN 978-80-7414-068-6.
5. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Krize: psychologický a sociologický fenomén. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0888-4.

KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ PO RADIKÁLNÍ CYSTEKTOMII S NÁHRADNÍ DERIVACÍ MOČE ILEÁLNÍ NEOVEZIKOU

THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER RADICAL CYSTECTOMY WITH A SUBSTITUTE URINARY DERIVATIVE OF THE ILEAL OBSTRUCTION

Bc. Věra Procházková, Dis. – Mgr. Kateřina Ratislavová , Ph.D.

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá kvalitou života pacientů po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ileální neovezikou. Během posledních 30 let došlo až k trojnásobnému nárůstu nádorového onemocnění močového měchýře. Zhoubné nádory močového měchýře jsou 9. nejčastějším nádorovým onemocněním ve světě. Radikální cystektomie s derivací ileální neovezikou dle Hautmanna je jedním z řešení a péče o nemocného je specifická. Derivace ileální neovezikou se nejvíce blíží fyziologii a je pro pacienta přirozená. Teoretická část přináší informace o anatomii močového ústrojí, o diagnostice a léčbě nádorového onemocnění močového měchýře. Popisuje druhy derivací, předoperační a pooperační péči a pooperační komplikace. Jedna kapitola je věnována metodě Fast track. Ve svém příspěvku představuji návrh empirické části práce, kde se zaměřuji na kvalitu života pacientů, kteří jsou již minimálně jeden rok po operaci. S pacienty bude proveden kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

Klíčová slova: radikální cystektomie, močový měchýř, nádorové onemocnění, ileální neovezika, inkontinence, deficit sebepéče, kvalitativní výzkum, analýza, kvalita života, edukace

Abstract

The diploma thesis deals with the quality of life of patients after radical cystectomy with surrogate urine derivation of the ileal neovesica. Over the last 30 years, there has been a threefold increase in bladder cancer. Bladder cancers are the 9th most common cancer in the world. According to Hautmann, radical cystectomy with ileal neovesal derivation is one of the solutions and patient care is specific. Derivation by the ileal neovesum is closest to physiology and is natural for the patient. The theoretical part provides information on the anatomy of the urinary tract, the diagnosis and treatment of bladder cancer. Describes the types of derivatives, preoperative and postoperative care and postoperative complications. One chapter is devoted to the Fast track method. In my paper, I present a proposal for an empirical part of the work, where I focus on the quality of life of patients who are already at least one year after surgery. Qualitative research will be performed with patients using a semi-structured interview.

Key words: radical cystectomy, urinary bladder-cancer, ileal obstruction, incontinence, self-care deficit, quality research, analysis, quality of life, education

Úvod

Pracuji na Urologické klinice Fakultní nemocnice v Plzni a téma diplomové práce jsem zvolila z důvodu, přibývání nemocných s nádorovým onemocněním močového měchýře. Zhoubné nádory močového měchýře jsou 9. nejčastějším nádorovým

onemocněním ve světě. Během posledních 30 let došlo až k trojnásobnému nárůstu tohoto onemocnění. Radikální cystektomie je jedno z řešení a derivace ileální neovezikou se nejvíce blíží fyziologii a je pro pacienta přirozená a péče o pacienty je specifická. Teoretická část přináší informace o anatomii močového ústrojí, o diagnostice a léčbě nádorového onemocnění močového měchýře. Popisuje druhy derivací, předoperační a pooperační péči a pooperační komplikace. Jedna kapitola je věnována metodě Fast track. Ve svém příspěvku představuji návrh empirické části práce, kde se zaměřuji na kvalitu života pacientů, kteří jsou již minimálně jeden rok po operaci. S pacienty bude proveden kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

1 Močový systém

Močový systém dělíme na horní a dolní cesty močové. Mezi horní cesty močové řadíme ledviny a močovody, mezi dolní cesty močové močový měchýř a močovou trubici. Základní funkcí močového systému je odstraňování odpadních látek z krve. Moč je z krve vylučována nadbytečná voda, soli a produkty látkové výměny (Čihák, 2013, s. 247-248).

1.1 Horní cesty močové

Ledviny jsou párový orgán a tvarem připomínají fazolový bob. Jsou uloženy v retroperitoneálním prostoru a pravá ledvina bývá často o kousek výš než levá. Základní funkční jednotkou ledvin je nefron. V ledvinách je filtrována krevní plazma a tím je vytvářena moč, jejíž množství závisí na příjmu a ztrátách tekutin včetně minerálů kůží a plícemi, objem se pohybuje mezi 1000- 2000ml. Ledviny lze považovat za endokrinní žlázy, jejichž funkcí je produkování a uvolňování reninu do krve, ten ovlivňuje krevní tlak a také uvolňování erythropoetinu ovlivňujícího tvorbu erytrocytů (Čihák, 2013, s.261-263).

Močovod je přibližně 25-30 cm dlouhá a 4-7 mm široká trubice, která z ledvinné pánvičky pomocí peristaltiky hladké svaloviny posouvá v malých objemech definitivní moč do močového měchýře (Čihák, 2013, s. 274).

1.2 Dolní cesty močové

Močový měchýř je dutý nepárový orgán, tvořící rezervoár na dočasné shromáždění moče. Anatomické uložení močového měchýře je v malé pánvi za symfýzou. Sliznice vystylající močový měchýř je kryta přechodných epitelem, má jasně červenou barvu a je složena v řasy. Stupeň náplně, stav svalové hmoty, pohlaví, věk, poloha a náplň okolních orgánů má vliv na tvar močového měchýře. Pocit na močení se dostaví při náplni 250-300 cm³, která je považována za fyziologickou. Močový měchýř však pojme 500-700 cm³ bez mimořádného roztažení. Močový měchýř muže je menší a užší než močový měchýř ženy. Třívrstvý soubor svaloviny nacházející se na vrcholu, spodině a těle močového měchýře zajišťuje hlavní funkci močového měchýře, kterou je vyprazdňování moče. Krček močového měchýře obkružuje svěrač z hladké svaloviny (musculus sphincter vesicae). Močový měchýř je bohatě cévně zásoben, horní polovinu měchýře vyživuje aa. vesicales superiores a dolní část těla a fundus měchýře vyživuje aa. vesicales inferiores (Čihák, 2013, s. 277-278, 280, 283).

Močová trubice ženy a muže je rozdílná. Znalost rozdílnosti je u zdravotních sester a lékařů důležitá a má zásadní význam při zavádění permanentního močového katetru. Močová trubice u ženy je dlouhá 3-4 cm a široká přibližně 6 mm. Vyúsťuje mezi malými pysky. Řasy sliznice utvářejí její hvězdicovitý tvar. Močová trubice ženy má tři úseky –

intramurální, pánevní, hrázový. Mužská močová trubice není pouze močová vývodná cesta, ale také vývodná cesta pohlavní. Délka mužské močové trubice je 20-22 cm a vyústí na žaludu penisu. V průběhu močové trubice se střídají zúžená a rozšířená místa, proto je šířka močové trubice nepravidelná. Pokud je mužský penis ochablý, má močová trubice esovitý průběh. U muže rozdělujeme čtyři úseky na močové trubici – intramurální, prostatický, bulbární a penilní (Čihák, 2013, s. 287-289, 325, 327).

2 Nádory močového měchýře

Druhým nejčastějším nádorem urogenitálního traktu je nádor močového měchýře. Vyskytovat se mohou v každém věku, maximum onemocnění se vyskytuje okolo 70. roku. Dědičnost nádorového onemocnění močového měchýře nebyla prokázána a přesná příčina vzniku není známa. Existuje mnoho rizikových faktorů, které mohou vznik karcinomu močového měchýře zapříčinit. Mezi rizikové faktory řadíme výfukové plyny, metabolity tryptofanu, léčbu cyklofosfaminem, aromatické aminy, radioterapii pánve. Dalším rizikovým faktorem je i dlouhodobý nízký příjem tekutin, kdy je moč značně koncentrovaná. Nejvyšší riziko a jednoznačně prokázaný vyvolávající faktor při vzniku karcinomu močového měchýře je kouření cigaret, kdy riziko vzniku je až 4krát vyšší a je příčinou 25-60 % karcinomů (Kawaciuk, 2009, s. 361; Hora, 2013, s. 99–100).

Nádory močového měchýře rozlišujeme na primární, kam zařazujeme epitelální karcinomy (90-95 %), uroteliální karcinomy (90 %) a sekundární vznikající prorůstáním malignit z okolí (gynekologické, střevní) nebo metastázy (plíce, žaludek), které jsou vzácnější (Hora, 2013, s. 100).

2.1 Diagnostika nádorů močového měchýře

Primárním příznakem, který přivede nemocné (až 85 %) k lékaři je bezbolestná asymptomatická hematurie. Je důležité vyšetřit moč v dostatečném množství ve více vzorcích, protože téměř všichni nemocní s odhaleným nádorem močového měchýře mají minimálně mikroskopickou hematurii. U nemocných se dále objevuje soubor obtíží jako je dysurie, polikasurie a nutkavé nucení na močení. Při invazivním karcinomu se objevuje narůstající bolest v bodu nebo bedrech, otoky dolních končetin a také hmatná rezistence v malé pánvi. Pokud je při bimanuálním vyšetření hmatný nádor, je infiltrována hluboká svalovina, popřípadě perivezikální tuk, a tím je horší prognóza onemocnění (Kawaciuk, 2009, s. 365–366).

2.1.1 Vyšetření moče

Při vyšetření pacienta s urologickým problémem na ambulanci, vyšetřujeme vzorek moče orientačně diagnostickými proužky, kdy lze zjistit přítomnost patologických komponentů v moči. Základní vyšetřovací metodou moče je mikroskopické vyšetření, kdy je nejvhodnější poslat vzorek první ranní moče (Hanuš, 2015, s. 10).

Při cytologickém vyšetření moče je vyšetřována moč spontánně vymočená, katetrizovaná, výplachová nebo odebraná tzv. kartáčkovou metodou, kdy je podezřelé místo otřeno tenkým cirkulujícím kartáčkem (tzv. brushing). Přesnost výsledků cytologického vyšetření je závislá na způsobu odběru, technice a rychlosti zpracování vzorku a také na zkušenostech cytopatologa. Na cytologii neodesíláme první ranní moč, kdy je možná přítomnost rozloženého buněčného materiálu, který byl dlouhodobě vystaven agresivnímu prostředí v močovém měchýři. Vzorek je vždy nutné po odběru zafixovat pomocí cytofixačního média. Buňky nádoru se uvolňují do moče intermitentně, a proto je vhodné vyšetřit od jednoho pacienta alespoň 3 vzorky

odebrané během tří různých dnů (Hanuš, 2015, s. 10-11; Kawaciuk, 2009, s. 367; Pivovarčíková, 2018, s. 232-233).

2.1.2 Zobrazovací metody

Základní neinvazivní a rychlou zobrazovací metodou je ultrasonografie. Při dostatečné náplni močového měchýře, která je pro toto vyšetření důležitá, se detekční schopnost pohybuje okolo 95 %. K přesnějšímu vyšetření zobrazujícím propagaci tumoru do okolí, pánevní nebo paraaortální lymfadenopatii, postižení horních močových cest, jaterních metastáz větších než 2 cm anebo postižení lymfatických uzlin se využívá CT vyšetření. CT vyšetření se vždy musí provádět s vylučovací fází. V diagnostice pomocí zobrazovacích metod je využíváno scintigrafické vyšetření skeletu při podezření na kostní metastázy. K celotělovému stagingu je využíváno hybridní vyšetření PET/CT (Kawaciuk, 2009, s. 366).

2.1.3 Endoskopické metody

Endoskopické vyšetření se provádí u každé bezbolestné hematurie. Cystoureteroskopií zaznamenáme lokalizaci, počet a morfologii nádorových lézí, identifikujeme ureterální ústí a zhodnotíme kvalitu vylučování moče. Pokud je terén nepřehledný a nelze identifikovat ureterální ústí využijeme chromocystoskopii. Nádorové léze v běžném bílém světle přehlédnutelné a nenápadné se pomocí 3% roztoku kyseliny 5- aminolevulové (5- ALA) aplikované do močového měchýře 2-3 hodiny před vyšetřením zvýrazní a provede se fotodynamická diagnostika (Kawaciuk, 2009, s. 367).

2.1.4 Histologické a cytologické vyšetření

Odebrané vzorky nádorové tkáně z močového měchýře se odesílají na histologické a cytologické vyšetření, které je podkladem pro další léčbu a pravidelné sledování nemocných. Vhodné reprezentativní vzorky jsou zajištěny při prvotní transureterální resekci nádoru, jsou odebrány ze svaloviny měchýře a ze spodiny nádoru. Lze také provést studenou biopsii pomocí biotických kleštíček, avšak zde jsou vhodné vzorky odebrány výjimečně (Kawaciuk, 2009, s. 367).

3 Léčba nádorů močového měchýře

Při nálezů nádoru močového měchýře je důležité znát, zda se jedná o nádor invazivní či neinvazivní a dle toho se volí způsob léčby. To, o který nádor se jedná zjišťujeme pomocí TNM klasifikace, kdy hodnotíme primární tumor, postižení mízních uzlin a vzdálené metastázy. Při indikaci léčebného postupu je důležité brát ohled na věk, celkový stav nemocného, následnou kvalitu života, rozsah nádoru a dále je rozhodováno dle stanovení klinického a histopatologického stagingu a gradingu malignity (Kawaciuk. 2009, s. 364, 368).

3.1 Neinvazivní nádory

U neinvazivních nádorů je léčbou první volby transureterální resekce (TUR) nádoru a elektrokoagulace krvácení. Nemocní s nízkou rizikovými nádory jsou pravidelně kontrolováni pomocí endoskopie, která je zpočátku provedena po třech měsících a dále po 6-12 měsících. Po transureterální resekci vysoce rizikového nádoru následuje léčba intravezikální imunoterapií, kdy je aplikována Bacillus Calmete – Guérin vakcína (dále jen BCG) nebo intravezikální chemoterapie spočívající v aplikaci Epirubicinu nebo Mitomycinu C (Kawaciuk, 2009, s. 369, 371; Hora, 2013, s. 101).

Aplikace BCG vakcíny probíhá ve 2 fázích, dle Moralesova schématu. V první fázi, tzv. indukční je podáno 6 dávek v týdenních intervalech a následně je provedena kontrolní cystoskopie. Během druhé, udržovací fáze jsou aplikovány 3 dávky v týdenních intervalech v různém režimu. Nejprve po 3 měsících, dále po 6 měsících a po 12 měsících. Dlouhodobá léčba aplikací BCG vakcíny může trvat až 3 roky. Pokud po dvou cyklech léčba selže nebo se objeví recidiva nádoru, který je vysoce rizikový je nemocný indikován k radikální cystektomii (Kawaciuk, 2009, s. 370-371).

Intravezikální chemoterapií Epirubicinem podanou jednorázově do močového měchýře bezprostředně nebo nejpozději do 6-24 hodin po transureterální resekcí nádoru zvyšujeme efektivnost výkonu. U Mitomycinu C se začíná aplikací 4 dávek v týdenním intervalu a dále jednou dávkou po 4 týdnech. Léčba Mitomycinem C se podává jeden rok. Nežádoucím účinkem intravezikální chemoterapie je u 40 % nemocných chemická cystitida (Kawaciuk, 2009, s. 371).

3.2 Invazivní nádory

Prognóza invazivních nádorů močového měchýře není moc příznivá a pokud nejsou léčeny, umírá 85 % nemocných do dvou let od stanovení diagnózy. Je postižena svalovina močového měchýře a nádory mohou prorůst do okolí. U invazivních nádorů močového měchýře je za optimální způsob léčby považována radikální cystektomie, kdy je dle dostupných analýz zjištěno delší přežití nemocných. Druhou možností léčby jsou opakované transureterální resekce nádoru se snahou odstranění maximálního množství nádoru a zachování močového měchýře. Opakované transureterální resekce jsou kombinovány s chemoterapií a radioterapií (Hora, 2013, s. 101; Hanuš, 2015, s. 130).

Pokud jsou invazivní nádory řešeny radikální cystektomií, měla by být operace provedena do 12 týdnů od stanovení diagnózy. Časným operačním výkonem je sníženo riziko větší lokální pokročilosti a postižení uzlin. U radikální cystektomie je vyšší riziko komplikací z důvodu radikálnosti výkonu. Mužům je při operaci odstraněna kromě močového měchýře i prostata a semenné vajíčky, ženám je odstraněna děloha, vaječníky, vejcovody a přední proximální část pochvy. Během výkonu je prováděna pánevní lymfadenektomie, která je nejspolehlivější diagnostická metoda možného metastatického postižení lymfatických uzlin. Odstraňovány jsou mízní uzliny z okolí zevních ilických cév a podél vnitřních ilických cév. Lymfadenektomie je kurativní pouze v případě malého postižení uzlin, pokud je nález pokročilý je indikována adjuvantní chemoterapie (Kawaciuk, 2009, s. 371-372, Hanuš, 2015, s.130-131; Hora, 2013, s. 102).

Každému pacientovi s invazivním nádorem močového měchýře řešeným radikální cystektomií, je nutné zajistit náhradní derivaci moče (Hora, 2013, s. 102).

3.3 Radioterapie a chemoterapie

Radioterapie se využívá v případě, kdy pacient odmítá radikální cystektomii. Přistupuje se k ní s určitými výhradami, protože může zhoršit kvalitu života nemocného. Tato alternativa radikální cystektomie zajistí přibližně čtvrtině nemocných se zachováním vlastního močového měchýře pětileté přežití. Rizikové jsou vysoké dávky záření, ty mohou způsobit postradiační cystitidu a svrštění močového měchýře (Kawaciuk, 2009, s. 375).

Chemoterapii lze podat předoperačně, perioperační nebo pooperačně. Předoperační podání má nevýhodu v oddálení definitivní radikální léčby a nemá vliv

na prodloužení přežití. U perioperační chemoterapie také nebyl prokázáný vliv na prodloužení přežití, bylo pouze zaznamenáno snížení stagingu nádoru. Pooperační chemoterapii, která je brána jako adjuvantní léčba, lze podat u vybraných pacientů, kteří mají pokročilý nádor močového měchýře a jsou postiženy lymfatické uzliny (Kawaciuk, 2009, s. 375).

3.4 Paliativní léčba

Cílem paliativní léčby neboli paliativní péče je zlepšení kvality a prodloužení života nemocného. Jde o komplexní péči o pacienta, kdy se nezaměřujeme pouze na nádorové onemocnění, ale především na léčbu bolesti, na výživu, na zachování důstojnosti. V rámci paliativní péče podporujeme i rodinu nemocného (Skála, 2011).

U paliativní péče je důležitá empatie, vstřícnost a otevřená komunikace s pacientem a rodinou, je důležité znát pacientovu míru porozumění situace. Zaměřujeme se také na sociální zázemí, rodinné vztahy, komunikační zvyklosti, finanční podmínky, umožňujeme pacientovi duchovní rituály a respektujeme jeho víru (Skála, 2011).

Komunikace je zde jako nástroj léčby, pokud správně komunikujeme s nemocným i rodinou, můžeme předejít vzniku konfliktu, frustraci a vyčerpání. Nasloucháme a dáváme prostor pro dotazy. Při sdělování špatné diagnózy můžeme použít protokol SPIKES a pomocí strategie NURSE můžeme reagovat na emoce pacienta. Dále při sdělování diagnózy je vhodné být otevřený, mluvit věcně, informace podávat postupně a nechat dostatek času pro přijetí situace. Je důležité mít na mysli 5 fází adaptace na nemoc popsané Elisabeth Kübler – Rossové (Vokurka, 2018, s. 81).

Paliativní péči v České republice poskytují hospice, domácí hospicová péče nebo denní stacionáře (Skála, 2011).

Při karcinomu močového měchýře je cílem léčby zastavení hematurie, залéčení infekce močových cest a v případě dilatace horních močových cest její odstranění zavedením punkční nefrostomie. Do paliativní léčby zahrnujeme paliativní transureterální resekci nádoru, koagulaci krvácení, aktinoterapii, derivaci kožní ureterostomií. Zajišťujeme léčbu bolesti (Hora, 2013, s. 103).

4 Derivace moče

Zajištění odvodu moče z těla jednou z variant náhrady močového měchýře po radikální cystektomii nebývá lehkým úkolem. Možností, jak derivaci zajistit je několik, v současnosti se používají čtyři typy derivace (Kawaciuk, 2009, s. 373).

4.1 Sigma – rectum pouch (Ureterosigmoideostomie)

Jde o heterotopický rezervoár, kdy kontinenci zajišťuje anální svěrač. Dle způsobu operačního postupu můžeme rozlišit Mainz pouch II. a Motol pouch. U obou metod je vytvořen nízkotlaký rezervoár, a tak jsou omezeny recidivy vzestupných infekcí ledvin. Další derivací tohoto typu je augmentovaný rektální měchýř. U derivací tohoto druhu je riziko vzniku adenokarcinomu tlustého střeva, a proto jsou pravidelně prováděny koloskopické kontroly (Kawaciuk, 2009, s. 374-375).

4.2 Heterotopické neoveziky s kontinencí kutánním stomatem

U derivace kutánním stomatem je vytvořen rezervoár, do kterého jsou implantovány močovody. Dále je vytvořen vývod, nejčastěji v pupku, který je upraven tak, aby moč samovolně neunikala. Pacient s touto derivací musí provádět v pravidelných

intervalech autokatetrizaci. Nevýhodou je kapacitní nedostatečnost stomie a možné riziko úniku moče (Kawaciuk, 2009, s. 374; Hora, 2013, s. 102).

4.3 Ureteroileostomie (Brickerova derivace)

Principem derivace je vytvoření konduity, kdy k vytvoření je potřeba kolem 15 cm kličky ilea na cévní stopce. Tato část ilea je vyloučena ze střevní pasáže, je vytvořen rezervoár a na orální konec, který je uzavřen, jsou našity močovody a aborální konec je vyšit jako inkontinentní stomie na povrch břišní stěny. Kontinuita střeva je obnovena tak, že vytvořený rezervoár je uložen pod střevní anastomózu. Současně se provádí i ureterektomie. Tento typ derivace se volí u starších a více nemocných pacientů. Nemocní jsou edukováni v používání stomických pomůcek (Hanuš, 2015, s. 131-132; Kawaciuk, 2009, s. 374).

4.4 Ortotopická ileální neovezika

Derivace ortotopickou ileální neovezikou je nejvíce podobná normálnímu stavu. Nemocní se za pomoci břišního lisu vyprazdňují přirozeným způsobem. K vytvoření rezervoáru nahrazující močový měchýř se využívá přibližně 55-60 cm ilea, které je poskládáno do tvaru písmena N nebo W, dle použitého operačního postupu (Studerova derivace, Hautmannova derivace, Mansour pouch). Neovezika se napojí anastomózou přímo na močovou trubici. Pacienti mají po operaci zavedený permanentní močový katetr (Hora, 2013, s. 102; Hanuš, 2015, s. 132; Míka, 2016, s.56).

Vytvoření ortotopické ileální neoveziky má svá kritéria a není možné ji provést u pacientů se stresovou inkontinencí, s karcinomem in situ, s poškozeným příčně pruhovaným svěračem, s karcinomem zasahujícím do uretry u mužů i žen, u karcinomu zasahujícím do hrdla močového měchýře u žen, u nemocných s Crohnovou chorobou nebo poškozenými jaterními funkcemi. Také se neprovádí u nemocných se sníženým intelektem, sníženou mobilitou. Kontraindikací bývá i mentální stav nemocného, kdy ho není možno naučit, jak močový měchýř vyprazdňovat nebo pacient neakceptuje nutnost doživotní dispenzarizace (Kawaciuk, 2009, s. 374; Hanuš, 2015, s. 131-132).

5 Cíl práce, výzkumné šetření, výzkumné otázky

Hlavní cíl práce je zaměřen na kvalitu života pacientů po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ileální neovezikou se záměrem identifikovat nejčastější problémy těchto pacientů.

Hlavní výzkumnou otázkou bude, do jaké míry byl ovlivněn život pacienta po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ileální neovezikou, k tomuto zhodnocení využijí Karnofského skóre. Dále se budeme zajímat o ovlivnění pracovního, partnerského a rodinného života. Důležitou součástí bude zjištění, jak tato operace ovlivnila psychiku pacienta.

5.1 Metodika práce

Výběr respondentů bude záměrný, k získání dat budou osloveni pacienti, kteří jsou více než jeden rok po radikální cystektomii s náhradní derivací ileální neovezikou. Celkem bude osloveno osm respondentů z důvodu nízkého počtu provedených operací. Tato operace má svá kritéria a mnoho pacientů je nesplňuje. Výzkum bude probíhat pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Minimálně jeden rok trvá, než se

celkový stav pacienta stabilizuje natolik, aby bylo možné hodnotit kvalitu života po tak radikálním výkonu.

Kontakt na pacienty bude získán z dokumentace pacienta ze systému FN Plzeň s laskavým svolením Mgr. Bc. Světluše Chabrové manažerky pro vzdělávání a výuku NELZP, zástupkyní náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Po telefonické domluvě s pacienty proběhne setkání a bude proveden rozhovor jehož průběh bude zaznamenán na diktafon. Nejčastěji zmiňované faktory ovlivňující kvalitu života pacientů budou graficky znázorněny.

S pacienty bude před rozhovorem podepsán informovaný souhlas s účastí ve výzkumu.

Závěr

Ze získaných informací bych ráda vytvořila brožuru pro pacienty s ileální neovezikou, která bude použita v rámci předoperační edukace. Mnoho pacientů si nedokáže představit změnu, která je po tak radikálním výkonu čeká. Díky vytvořené brožuře bude možné si informace opakovaně připomenout. I přes dostatečnou edukaci sestrou a lékařem si pacienti informace nepamatují z důvodu vyššího stresu před výkonem.

Použitá literatura

1. ČIHÁK, Radomír a GRIM, Miloš, ed. Anatomie 2. 3., upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. 497 s. ISBN 978-80-247-4788-0.
2. ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ. Ošetrovatelství v chirurgii I. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3129-2.
3. HANUŠ, Tomáš a Petr MACEK. Urologie pro mediky. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3008-3.
4. HORA, Milan a kol. Urologie pro studenty všeobecného lékařství. Urologie pro studenty všeobecného lékařství [online]. 2013, s. 99-103 [cit. 2019-03-29]. ISSN1804-4409. Dostupné z: [www: < http://mefanet.lfp.cuni.cz/clanky.php?aid=269>](http://mefanet.lfp.cuni.cz/clanky.php?aid=269)
5. JELÍNEK, Petr, Jiřina FRGALOVÁ, Štěpán RUSÍN a H. BUŘILOVÁ. Přínos předoperačně zavedeného epidurálního katetru u radikálních cystektomií. In: Edukační sborník. 2010
6. KAWACIUK, Ivan. Urologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 531 s. ISBN 978-80-7262-626-7.
7. MÍKA, David, Ondřej HAVRÁNEK, David NĚMEC, Radek SÝKORA, Libor LUŇÁČEK a Jan KRHUT. Časně perioperační komplikace u pacientů po radikální cystektomii s ortotopní náhradou močového měchýře. Česká urologie. 2016, 148-153. ISSN 1211-8729. Dostupné také z: <http://www.czechurol.cz/>
8. PIVOVARČÍKOVÁ, Kristýna, Tomáš PITRA, Milan HORA, Marián ŠVAJDLER a Ondřej HES. Aktuální pohled na močovou cytologii: Co by měl urolog vědět? Česká urologie. 2018, 22(4), 242-250. ISSN 1211-8729. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-urologie/2018-4-18/aktualni-pohled-na-mocovou-cytologii-co-by-mel-urolog-vedet-107368>
9. SKÁLA, Bohumil, SLÁMA, Jiří VORLÍČEK a Ladislav KABELKA. Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011: [novelizace 2011]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2011. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.
10. VOKURKA, Samuel a Petra TESAŘOVÁ. Onkologie v kostce. Praha: Current Media, [2018]. Medicus. ISBN 978-80-88129-37-0.



STUDENTSKÁ VĚDECKÁ KONFERENCE
KATEDRY OŠETŘOVATELSTVÍ
A PORODNÍ ASISTENCE



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ UNIVERZITY
V PLZNI

6. studentská vědecká konference
Katedry ošetřovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií
Vydala Západočeská univerzita v Plzni
Univerzitní 8, 306 14 Plzeň

Česká republika

www.zcu.cz

Plzeň 2020

Editor PhDr. Petr Simbartl, Ph.D.

ISBN 978-80-261-0968-6